



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

Методичні вказівки
до практичних занять
з теми 2 **«Забезпечення якості медичної допомоги».**

з дисципліни **«Управління якістю в системі охорони
здоров'я»**

для студентів 4 курсу
спеціальності: 229. Громадське здоров'я
денної форми навчання

Суми
Сумський державний університет
2020

Методичні вказівки до практичного заняття з теми 2

«Забезпечення якості медичної допомоги». / укладачі: зав. каф. громадського здоров'я, д. м. н., проф. В. А. Сміянов, ст. викладач

О. І. Сміянова – Суми : Сумський державний університет, 2020. –.

Кафедра громадського здоров'я

Тема 2. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Проблеми організації, управління та ефективного функціонування системи забезпечення якості медичної допомоги є актуальними не тільки для України, а й для багатьох інших країн незалежно від їх політичної та ідеологічної орієнтації та типу системи охорони здоров'я.

Вирішення питання залежить від пріоритетних соціально-економічних цінностей суспільства, додержання принципів доступності та рівноправності в наданні медичної допомоги.

Питання якості медичної допомоги посідає провідне місце в політиці Всесвітньої організації охорони здоров'я — «Здоров'я—XXI: основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні», якою визначено, що сектор охорони здоров'я має бути орієнтованим на кінцеві результати, безперервне удосконалення якості.

Якість медичної допомоги — сукупність характеристик, які підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам пацієнтів (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології (Качество медицинской помощи. Глоссарий, 1999).

Сьогодні якість медичної допомоги розглядається з різних позицій - ефективності, адекватності, економічності, морально-етичних норм. Коли говорять про цілі охорони здоров'я, то в якості основної називають підвищення рівня здоров'я населення і максимально повне задоволення його потреби в кваліфікованій і якісній медичній допомозі.

Визначення якості МД міститься в загальних європейських стандартах ІСО 9000, які поширюються на сферу виробництва та послуг, у тому числі, послуг медичних. Згідно даній системі стандартизації медична допомога являє собою «діяльність по ремонту біологічних систем людського організму».

Сучасні практики охорони здоров'я у світі характеризуються змінами у системі забезпечення якості медичних послуг: відбувається перехід від ідеології контролю до стимулювання виявлення і вирішення існуючих проблем, тобто застосування комплексного, інтегрованого і динамічного підходу до підвищення якості, спрямованого на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення якості медичної допомоги.

Основні типи контролю якості медичної допомоги формувалися в Україні в умовах бюджетної моделі охорони здоров'я і включали відомчий, установчий контроль і самоконтроль; форми їх реалізації — експертні оцінки з використанням п'яти ступенів контролю, цільової експертизи (у випадках

післяопераційних ускладнень, летальних випадків, розходжень клінічного та патологоанатомічного діагнозів, повтор-ної госпіталізації) та експертизи за позовом, оцінки професійного рівня медичних працівників, зворотного зв'язку з населен-ням щодо питань якості надання медичної допомоги.

Основним методом контролю якості була медична ревізія (експертиза), що проводиться на відомчому рівні. Головною ціллю такої експертизи є ретроспективна оцінка медичної допомоги пацієнту, її результати, дефекти, причини дефектів з застосуванням санкцій до винних.

Впровадження сучасної індустріальної моделі безперервного підвищення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я потребує застосування технологій внутрішнього аудиту як одного з основних інструментів не тільки контролю, але й моніторингу результативності функціонування системи управління якістю медичної допомоги та її вдосконалення.

Фундаментальна концепція підвищення якості медичної допомоги базується на таких твердженнях:

- 1) результативність є характеристикою системи;
- 2) для отримання кращих результатів слід змінити систему надання медичних послуг;
- 3) різні впливання у систему медичного обслуговування гарантують поліпшення тільки в тій мірі, в якій вони можуть вплинути на зміни, внесені безпосередньо у систему;
- 4) необхідно змінювати не тільки окремі частини системи (вихідні впливання, процеси і результати), але й зв'язки між ними.

Управління якістю медичної допомоги є систематичним, незалежним і задокументованим процесом безперервних, взаємопов'язаних дій, які включають планування, організацію, мотивацію, внутрішній аудит діяльності, а також інші заходи, що забезпечують якість медичної допомоги, безпеку для пацієнтів і спрямовані на попередження та усунення недоліків діяльності на рівні закладу охорони здоров'я.

Забезпечення якості – це систематичний підхід до трансформації управління організацією відповідно до змін, які відбуваються, поточною робочою атмосферою і напруженістю, що викликана змінами. Тобто забезпечення якості включає усі дії, направлені на поліпшення якості медичної допомоги.

Забезпечення якості медичної допомоги базується на чотирьох принципах:

- зосередженість на потребах споживачів;
- системний підхід;
- наукова методологія;
- робота в команді.

Якість медичної допомоги в закладах охорони здоров'я забезпечується на різних рівнях: вирішення питання забезпечення якості на індивідуальному рівні; швидке вирішення проблем у команді; систематичне вирішення проблем у команді; підвищення якості на рівні процесів.

Найбільш комплексно якість медичної допомоги забезпечується на рівні «поліпшення процесів». Відмінними рисами даного рівня є безперервність і превентивність у процесі підвищення якості медичної допомоги.

Система управління якістю медичної допомоги складається, як правило, з трьох основних компонент (А. Донабедіан, 1980):

- **структурна компонента** (організаційно-технічний стан ресурсів: будівлі, споруди, обладнання, матеріали, кадри) – управління якістю структури закладів охорони здоров'я;
- **процесна компонента** (технології, профілактика, діагностика, лікування) – управління якістю процесів надання медичної допомоги;
- **результативна компонента** (досягнення прийнятих клінічних показників і їх співвідношення з економічними показниками) – управління якістю результатів, насамперед задоволеністю пацієнтів.

Структурна компонента включає попереднє вивчення, оцінку та управління ресурсами закладів охорони здоров'я (персонал, матеріально-технічне забезпечення та обладнання). Управління структурною компонентою забезпечується за допомогою заздалегідь встановлених критеріїв і стандартів.

Управління процесною компонентою ґрунтується на припущенні, що раціональний процес гарантує якісні результати. Це передбачає вивчення, оцінку та управління технологіями надання медичної допомоги, оскільки адекватний вибір технологій та їх правильне застосування значною мірою визначають результат лікування. Управління процесною компонентою забезпечує пошук інструментів, які дають змогу досягти бажаного результату (рівня якості).

Управління результативною компонентою передбачає аналіз та оцінку результатів наданої медичної допомоги, визначення їх відповідності сучасним знанням і очікуванням пацієнтів.



Рис. 1. Аведіс Донабедіан.

Механізми забезпечення якості надання медичної допомоги.

Ліцензування – процес, яким уряд надає дозвіл на здійснення професійної діяльності практикуючому лікарю або медичній організації (зазвичай після перевірки дотримання мінімальних обов'язкових стандартів). В Україні ліцензування поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики.

Акредитація медичних закладів покликана забезпечити безперервне підвищення якості й націлена на досягнення оптимальних стандартів. Національний орган з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджує досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом.

В Україні акредитація здійснюється не незалежною структурою, як це відбувається в більшості країн ЄС, а МОЗ.

Сертифікація підтверджує відповідність закладів охорони здоров'я міжнародним стандартам ISO 9000. Наявність такої системи в галузі охорони здоров'я сприяє забезпеченню чіткості та прозорості її діяльності, істотному підвищенню ефективності лікування хворих, зниженню його вартості і підвищенню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням.

Стандартизація передбачає наявність клінічних рекомендацій (настанов), медичних стандартів (МС) і протоколів надання медичної допомоги. Україна гармонізована зі світовою практикою розробки медико-технологічних документів.

Медичні стандарти створюються на принципах доказової медицини (Evidence-Based Medicine), які включають в себе: вивчення, порівняння, аналіз і широке розповсюдження найкращих доказів із систематичних досліджень в медичну практику, які повинні використовуватись на користь пацієнта.

Інформаційним джерелом для створення медичний стандартів є клінічні рекомендації (Clinical Practice Guidelines), які розробляються на принципах доказової медицини.

При стандартизації медичної допомоги клінічні настанови обов'язково потребують створення пакету взаємопов'язаних документів, який включає також стандарт медичної допомоги, уніфіковані клінічні протоколи (до складу яких можуть бути включені алгоритми, індикатори виконання стандарту, при необхідності – індикатори якості медичної допомоги, медико-економічні стандарти, інструктивний матеріал з клінічного аудиту).

Рівень медичної допомоги, який може забезпечити держава, в Уніфікованому клінічному протоколі медичної допомоги є «обов'язковим» критерієм (це можливості країни «на сьогодні»), і протокол слугує його досягненню. Якщо ж ці критерії не збігаються з ідеальним (найкращим) рівнем, зазначеним у клінічних настановах, останні визнаються в уніфікованих протоколах «бажаними», і завдання МОЗ — зробити все, аби якнайшвидше їх досягнути.

Впровадження галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги спрямоване на забезпечення гарантованого рівня та обсягу медичної допомоги відповідної якості та є інструментом контролю якості медичної допомоги, що надається відповідній групі хворих з даною нозологією.

Стандарти медичних технологій використовуються в системі державної акредитації закладів охорони здоров'я як один з критеріїв оцінки їх діяльності відповідно до рівня надання медичної допомоги.

Відповідно до «Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини», зазначені документи затверджуються МОЗ України та слугують для розробки документів рівня закладу охорони

здоров'я, а саме локального клінічного протоколу, а у випадку необхідності регламентації взаємодії в процесі надання допомоги декількох закладів охорони здоров'я – клінічного маршруту пацієнта.

Стандарт та уніфікований протокол медичної допомоги призначені для забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до медичної допомоги пацієнтів на основі даних доказової медицини, встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих відповідно до клінічної настанови, що розроблена за принципами доказової медицини. Важливими їх функціями є також обґрунтування кадрового забезпечення, оснащення, інших необхідних ресурсів закладу охорони здоров'я для надання медичної допомоги при певному захворюванні/патологічному стані, а також визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в закладі охорони здоров'я.

Клінічний аудит (внутрішній і зовнішній). Завдання клінічного аудиту — порівняти наявну клінічну практику з передовою заради вдосконалення медичних послуг. Аудит може включати оцінку процесу надання медичної допомоги та/або її результату (відповідно до теми й завдань). Таку оцінку здійснюють за відповідними критеріями, які вказують, чого потрібно досягти, аби відповідати найкращій практиці.

Клінічний аудит є процесом поліпшення якості медичної допомоги за допомогою систематичного контролю наданої медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв або протокольних індикаторів і з подальшим внесенням змін.

Клінічний аудит – це аналіз, оцінка медичної діяльності, ефективності її організаційної структури, перевірка відповідності лікувально-профілактичної діяльності персоналу лікарень та амбулаторно-поліклінічної ланки правилам, стандартам та нормативам. Клінічний аудит – це цілісна, постійно діюча підсистема в охороні здоров'я, яка направлена на безперервне покращення якості медичної допомоги населенню.

Багато спеціалістів, які беруть участь в процесі аудиту вважають, що він володіє значним потенціалом по відношенню впливу на якість допомоги, що надається пацієнтам. Ця теза вперше знайшла безумовне підтвердження у Великобританії, де уряд та провідні медичні спеціалісти різного профілю застосувало багато кроків для впровадження такого підходу. Клінічний аудит був ініційований урядом Великобританії у 1989 році як частина реформ охорони здоров'я і на сьогоднішній час є ключовим компонентом загальних зусиль, спрямованих на надання таких медичних послуг, які є клінічно ефективними. Урядом Великобританії був заснований Національний інститут

кращих клінічних практик (NICE), який надає підтримку та координує програму розробки національних клінічних настанов і розвитку клінічного аудиту. У Великобританії участь всіх практикуючих лікарів у клінічному аудиті стала обов'язковою.

Основні види клінічного аудиту:

- базовий клінічний аудит;
- довільна добірка документації;
- проспективний аудит;
- тематичний аудит;
- моніторинг небажаних результатів.

Базовий клінічний аудит припускає використання широкого кола показників, звичайно реєстрованих у клінічних записах або комп'ютеризованих інформаційних системах. Це не є аудитом у буквальному значенні, але часто є першим етапом процесу і може бути корисним для визначення того, які питання варто піддавати аудиту.

Довільна добірка документації припускає довільну добірку записів для проведення незалежного огляду колегами. Цей метод використовується для аудиту структури і процесу. Найкраще його використовувати для вивчення методів заповнення історій хвороби, ніж для аудиту конкретних аспектів медичної допомоги.

Проспективний аудит припускає наявність, як контрольного переліку процедур конкретного пацієнта для забезпечення того, щоб всі зазначені в уніфікованому клінічному протоколі процедури були проведені, так і наявність додаткових протоколів, які уточнюють, що потрібно робити у випадку одержання результатів, що відхиляються від норми. Такий аудит потребує багато часу і має мінімальну ефективність.

Тематичний аудит припускає вибір певної теми, що наприклад викликає заклопотаність на місцевому рівні.

Моніторинг небажаних результатів це особлива форма тематичного аудиту, що представляє собою рутинний аудит всіх випадків небажаних результатів.

Рівні проведення аудиту:

- місцевий;
- регіональний або національний;
- міжнародний.

Принципи аудиту:

- починається в межах установи;
- використовуються вже наявні дані;
- конфіденційність;
- ніхто не буде покараний або обвинувачений у результаті проведення аудиту.

Завдяки клінічному аудиту медичні працівники переглядають власну роботу, звіряють її з узгодженими стандартами, заснованими на доказових фактах.

В поняття клінічного аудиту закладена ідея спрямованості процесу на постійне підвищення клінічної практики на основі результатів аудиту. Іншими словами клінічний аудит представляє собою циклічний процес, який має етапи:

- планування або підготовка;
- аудиту;
- впровадження змін;
- моніторинг впроваджень.

Відмінною рисою аудиту є той факт, що сам процес виявлення невідповідності рівня допомоги до встановленого рівня одночасно вказує, які конкретні зміни потребуються в клінічній практиці для покращення ситуації. Тобто основна увага в клінічному аудиті спрямована на безпосереднє покращення якості допомоги.

Впровадження системи безперервного покращення якості медичної допомоги (БПЯМД) в закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) передбачає створення інших взаємовідносин між медичними працівниками і пацієнтами, між адміністрацією ЗОЗ і працівниками; створення сприятливого середовища у колективі, у якому творчість і відкритість заохочуються, а помилки та невдачі звітуються і досліджуються без страху та звинувачень.

Основною умовою впровадження системи БПЯМД на рівні ЗОЗ має стати зміна ідеології адміністративно-командного підходу до забезпечення ЯМД. Сучасний підхід до забезпечення ЯМД в ЗОЗ повинен базуватися на процесах удосконалення управління процесами надання МД, зокрема, стандартизації процесу лікування та впровадження механізму внутрішнього аудиту.

Внутрішній аудит має більш шансів бути сприйнятим і ефективно діяти за умови участі всіх сторін у цьому процесі з самого початку, тобто: керівники ЗОЗ, клінічний і неклінічний персонал, що надають медичну допомогу, пацієнти, представники громадських організацій та інші.

Для поступового переходу від масового інспекційного контролю до самоконтролю необхідним є залучення у процес управління якістю усіх учасників процесу надання медичної допомоги. Найбільш значущим при проведенні контролю в середині ЗОЗ є самоконтроль лікаря і організація підготовки фахівців зі стандартів якості лікування і діагностики.

Ефективне функціонування механізму внутрішнього аудиту передбачає зміну ролі керівництва закладу охорони здоров'я, а саме керівники повинні займати позицію активних і уповноважених учасників та ініціаторів розроблення змін у системі надання медичної допомоги. Якщо з боку організаційного середовища існує підтримка, залучений персонал добре підготовлений та методи повністю зрозумілі, внутрішній аудит має всі шанси на успіх.

Методологія проведення внутрішнього аудиту та середовище у якому він відбувається є взаємопов'язаними. Якщо методи внутрішнього аудиту використовуються належним чином, але середовище не надає підтримки, процес удосконалення якості приречений на невдачу, незадоволення та неприйняття медичним персоналом.

Важливим елементом впровадження механізму внутрішнього аудиту має бути формування каналів оберненого зв'язку між надавачами і споживачами медичних послуг. Обернений зв'язок показує реакцію споживача медичних послуг на надану медичну допомогу, відображає (повідомляє) «що було гарно, а що потрібно змінити». Тобто внутрішній аудит дозволяє і передбачає включати пацієнтів та медичних працівників у процес прийняття рішень в системі управління якістю медичної допомоги. Формування каналів оберненого зв'язку і відбір необхідної інформації для оцінки існуючого рівня якості – важливий елемент системи управління якістю медичної допомоги, який досягається проведенням аудиту результату, що визначає медико-соціальний механізм системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту (проводиться з залученням пацієнтів з відстеженням впливу на показники їх здоров'я).

Під **бенчмаркінгом** розуміють процес аналізу і порівняльної оцінки методів, застосовуваних організацією при виконанні наданих їй функцій. Такий процес аналізу та оцінки може проводитися всередині організації шляхом порівняння роботи окремих співробітників або підрозділів, або

шляхом зіставлення діяльності та результатів з роботою і показниками інших організацій.

Застосування бенчмаркінгу має багато напрямків. Бенчмаркінг при розробці стратегій, операцій і управлінських функцій організації дозволяє виявити способи оцінки стратегій і цілі роботи в порівнянні з організаціями-лідерами.

Можливість застосування бенчмаркінгу для управління організацією полягає в тому, що виробничі, маркетингові і інші функції стають більш керованими і результативними, коли організація системно досліджує і впроваджує кращі організаційні підходи, методи і конкурентні переваги передових організацій.

Буквально з англійської (benchmarking) перекладається як встановлення контрольної точки, тобто визначення параметрів певного рівня системи в якості еталону.

У «Єдиному термінологічному словнику (Глосарію) з питань управління якістю медичної допомоги» бенчмаркінг визначається як «метод, за допомогою якого та чи інша організація вимірює ефективність своєї діяльності в порівнянні з ефективністю діяльності кращих у своєму класі організацій, визначає, як дані організації досягли такого рівня ефективності, і використовує отриману інформацію для вдосконалення своєї діяльності. У ньому зазначено, що до об'єктів бенчмаркінгу можуть належати стратегії, операції і процеси.

На відміну від бюрократичної моделі забезпечення ЯМД модель, побудована на внутрішньому аудиті формує систему прийняття рішень, що направлена на безперервне покращення ЯМД, з урахуванням потреб і обов'язковою участю всіх зацікавлених груп населення.

З урахуванням специфіки охорони здоров'я існують 3 моделі управління якістю медичної допомоги:

- професійна;
- бюрократична;
- індустріальна.

У реальних умовах управління якістю медичної допомоги в Україні базується на професійно-бюрократичному варіанті моделі. Якщо професійна модель орієнтована на високий кваліфікаційний рівень і майстерність, як єдину гарантію якості, бюрократична – це контроль і забезпечення якості, то індустріальна модель – на потреби й очікування пацієнта й інтереси всіх

сторін, що беруть участь (медичного персоналу, інвестора, суспільства) і реалізує сучасну концепцію безперервного підвищення якості.

Моделі управління якістю медичної допомоги

Табл. 1

Моделі	Характеристики					
	Мета	Об'єкт	Періодичність	Механізми управлінської дії	Відповідальність за результат	Мотивація персоналу
Професійна	Поліпшення клінічного стану пацієнта	Процес Результат	Епізодично	Облік та аналіз клінічних випадків з несприятливим результатом; консиліум	Медичний персонал	Визнання професіоналізму пацієнтами і колегами
Бюрократична	Поліпшення показників здоров'я населення (контингенту); дотримання нормативів	Процес Структура	Епізодично	Контроль, статистичний облік і звіти; стандартизація, сертифікація, ліцензування, акредитація	Медичний персонал, адміністрація	Покарання, декваліфікація, пониження рівня акредитації, категорій, позбавлення ліцензії
Індустріальна	Задоволення потреб пацієнтів, персоналу та інтересів держави (суспільства)	Процес Структура Результат	Постійно	Програма безперервного поліпшення якості; самооцінка організації, система освіти, клінічний аудит	Весь персонал закладу, адміністрація, держава, пацієнт	Професійне самоствердження, відмова від покарань, матеріальне заохочення

При індустріальній моделі для забезпечення управлінням якістю в медицині використовують моніторинг і статистичні методи обробки і аналізу інформації. Охорона здоров'я набула рис складної виробничої галузі, яка працює на задоволення попиту населення. Змінюється не тільки ставлення до сприйняття охорони здоров'я, як важливої гуманітарної сфери в суспільстві, а і загально прийняті визначення в медицині. Так, хворий розглядається з точки зору «споживача медичних послуг», медичний заклад як

«постачальник медичних послуг», медичний працівник як «надавач медичних послуг».

Визнаним міжнародним фактом є те, що система управління якістю служить основним інструментом для моніторингу та підвищення якості надання медичних послуг. Система управління якістю визначає обов'язки і встановлює структуру та системи для їх забезпечення. Взагалі, всі відповідні питання в процесі надання послуг мають регламентуватися стандартами якості.

Такі стандарти можуть застосовуватись до:

- кваліфікації персоналу, задіяного в наданні медичних послуг;
- технічного обладнання;
- медичного обладнання та матеріалів;
- будівлі лікарні;
- клінічних процесів;
- управлінських процесів;
- комунікативних процесів.

Методична недосконалість та незавершеність розробки різних інструментів підвищення якості, а головне – формальність їх застосування та відсутність дієвої системи управління якістю з застосуванням відповідних стимулів для медичного персоналу дозволили отримати певні локальні і нетривалі результати, але не призвели до поліпшення якості медичного обслуговування в країні.

Рівень якості медичної допомоги в Україні, за даними експертних оцінок, залишається досить низьким – інтегральний показник якості лікування становить приблизно 56 %. Невідповідним стану пацієнта (неадекватним) лікування визнано у 40,1-83 % хворих стаціонарних закладів. Неадекватно обирається місце лікування стаціонарних хворих у 30-50 % випадків. Населення невдоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань – більшість опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку. Низька якість медичної допомоги обмежує можливості впливу на здоров'я населення та призводить до марнотратного витрачання обмежених коштів системи.

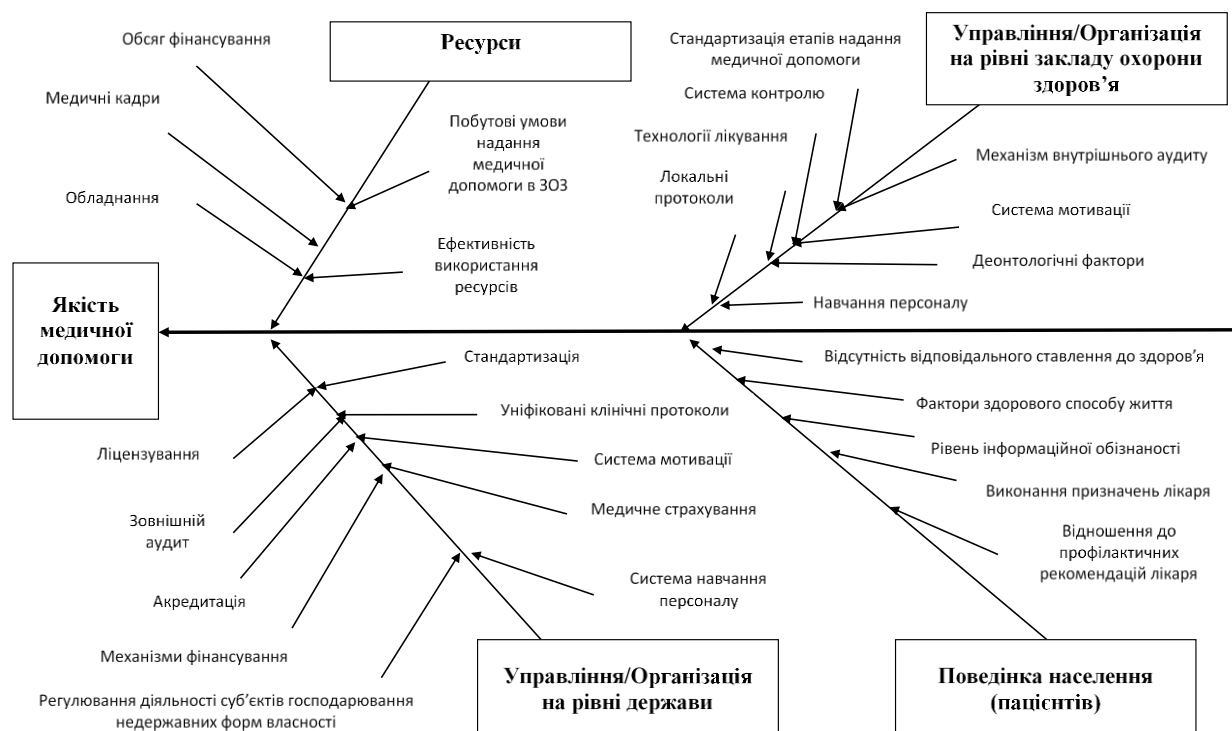


Рис. 2. Оптимізована модель системи основних факторів забезпечення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (діаграма Ісікави).

Частину умов для впровадження сучасної системи управління якістю необхідно розробляти і приймати на державному рівні, але частину завдань по впровадженню клінічного аудиту можна розпочати на регіональному рівні та на рівні ЛПЗ за наявною законодавчою базою.

В Україні необхідно розробити та впровадити у діяльність закладів охорони здоров'я заходи щодо впровадження системи управління якістю на всіх рівнях надання медичної допомоги. Необхідно створити систему моніторингу ефективності функціонування служби управління якістю медичної допомоги та розробити індикатори якості медичних послуг для забезпечення безперервного покращання якості відповідно до існуючої методології.

Індикатор – це точно визначена вимірювана змінна величина, пов'язана з трьома провідними напрямками роботи по забезпеченню ЯМД – структурою, процесом або результатом.

Індикатори використовуються для керування процесом підвищення якості медичних послуг, що надаються, шляхом порівняння та встановлення стандартів, а також для оптимізації процесу підвищення якості медичних послуг на рівні закладу охорони здоров'я.

Індикатори мають охоплювати результати і якість лікувальної роботи в таких ключових аспектах:

- безпека;
- результат і якість процесу;
- досвід пацієнтів.

Основні перспективи розвитку системи індикаторів якості медичної допомоги в Україні пов'язані зі створенням і розвитком загальнодержавних баз даних та інформаційних технологій, із удосконаленням засобів автоматизованої обробки електронної інформації та системним покращанням якості та повноти медичної інформації. Результатом має бути всебічне охоплення та висвітлення за допомогою індикаторів всіх етапів запровадження стандартів структури, процесу та результатів медичної допомоги з метою безперервного підвищення якості медичної допомоги населенню.

В Україні необхідна розробка та послідовна реалізація стратегії управління якістю медичного обслуговування на основі стандартизації, яка б передбачала:

- створення програм безперервного підвищення якості медичного обслуговування, які застосовуються на різних рівнях охорони здоров'я та в яких задіяні різні категорії медичних працівників;
- активізацію створення організаційної структури управління якістю медичної допомоги на всіх рівнях медичного обслуговування;
- забезпечення впровадження порядку управління та контролю якістю медичного обслуговування;
- створення системи моніторингу якості медичної допомоги та задоволеності населення медичним обслуговуванням;
- розробку системи індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання (моніторинг) та конкретне визначення проблем забезпечення якості розробка та впровадження положення про оплату праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи;
- впровадження клінічного аудиту на всіх рівнях надання медичної допомоги;
- розробку та впровадження механізмів мотивації медичного персоналу до підвищення якості медичної допомоги, в тому числі до виконання затверджених клінічних протоколів;
- забезпечення залучення громадських організацій (об'єднань споживачів, медичних працівників) до управління якістю;

- навчання персоналу.

Оскільки ресурси системи охорони здоров'я обмежені, важливо визначити теми, які є пріоритетними та потребують особливої уваги для певної території або лікарняного закладу. На цьому етапі потрібно проаналізувати і порівняти надання медичної допомоги згідно стандартів і протоколів з фактичним станом надання медичної допомоги по цьому класу хвороб в медичному закладі.

Перш за все потрібно створити такі умови, щоб в покращенні ЯМД були зацікавлені керівники медичних закладів, лікарі та інший медичний персонал, а саме:

- по перше, потрібно переглянути деякі показники якості діяльності ЛПЗ, наприклад, виконання плану ліжко-днів. Цей показник не стимулює надавачів послуг до раціонального використання ліжкового фонду (а значить коштів), дотримання показань до госпіталізації, покращення якості та ефективності лікування і як результат цього – скорочення середніх термінів лікування у стаціонарі;
- по друге, для того, щоб керівництво та колективи ЛПЗ були зацікавлені у покращенні якості та ефективності лікування необхідно лікарняним закладам надати статус державних підприємства з єдиним бюджетом;
- по третє, необхідно перейти до договірних відносин між надавачами медичних послуг та замовниками. Також договірні стосунки мають бути між різними лікарняними закладами, наприклад між ЛПЗ первинної медичної санітарної допомоги та лікарнями вторинного або третинного рівнів;
- по четверте, потрібно розробити чітку і прозору мотиваційну систему для медичних працівників, яка б передбачала не тільки моральну, а в першу чергу, матеріальну винагороду за покращення ЯМД;
- по п'яте, для того, щоб ефективно функціонувала система покращення якості, необхідно в мережу практики на всіх її рівнях запровадити систему стандартизації медичної допомоги (акредитація, ліцензування, впровадження стандартів, уніфікованих та локальних протоколів);
- по шосте, необхідно розпочати широку навчальну та пропагандистку роботу серед медичних працівників: керівників, лікарів, середнього медичного персоналу для роз'яснення сучасного розуміння поняття ЯМД, нових підходів управління ЯМД та мотиваційних чинників.

В цей процес необхідно залучати також замовників медичних послуг.

Контрольні питання

1. Дайте визначення поняття «якість медичної допомоги (ЯМД)».
2. Що на сьогодні є основним інструментом контролю ЯМД в Україні?
3. Що включає в себе фундаментальна концепція підвищення якості медичної допомоги?
4. Дайте визначення поняття «управління якістю медичної допомоги».
5. Що включають в себе структурні компоненти ЯМД за визначенням А. Донабедіана?
6. Назвіть існуючі механізми забезпечення якості надання медичної допомоги.
7. Що таке ліцензування?
8. Що включає в себе акредитація?
9. На чому побудована система сертифікації в охороні здоров'я?
10. Що входить в поняття «стандартизація»?
11. На чому базується створення стандартів медичної допомоги?
12. Дайте визначення поняття «клінічний аудит» .
- 13.Що є головною метою клінічного аудиту.
14. Назвіть основні види аудиту.
15. Що таке «бенчмаркінг» і на чому базується його методологія?
16. Назвіть існуючі моделі управління ЯМД.
17. Охарактеризуйте бюрократичну модель управління ЯМД.
18. Назвіть особливості професійної моделі управління ЯМД.
19. На чому побудована індустріальна модель управління ЯМД?
20. Як організовується процес внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я?
21. Що таке індикатор якості медичної допомоги?
22. Які можуть бути групи індикаторів ЯМД?

Література

1. Багдасарян В.Є. Вступ до клінічного аудиту / В.Є. Багдасарян, В.М. Богомаз // Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / за заг. ред. О.М. Новічкової, Г. Росс. – К.: Представництво Європейської Комісії в Україні, 2009. – С. 21-30.
2. Здоровье-21: Основы политики и достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
3. Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1996. – 6 с.
4. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)) наказ МОЗ України та АМН України № 102/18 від 19.02.2009 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)) наказ МОЗ України та АМН України № 795/75 від 03.11.2009 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Проект «Основи законодавства про охорону здоров'я» ст. 149. [Електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
7. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: стандартизація медичної допомоги / за заг. ред. О.М. Новічкової, Г. Росс. – К.: Представництво Європейської Комісії в Україні, 2009. – 43 с.
8. Росс Грета. На шляху до системи управління якістю вторинної медичної допомоги в Україні. // Главный врач. – 2008. - № 10. – С. 29-36.
9. Сміянов В.А., Сміянова О.І. Проблеми забезпечення якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я України / В. А. Сміянов [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/3405/1/1_0svaozu.pdf.

10. Ярош Н. Теоретико-методологічні підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги // Вісник НАДУ. – 2004. – № 3. – С. 246.
11. Mann T. Clinical Audit in the NHS: using clinical audit in the NHS: a position statement. Whetherby, National Health Service Executive, 2006.
12. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Principles for best practice in clinical audit. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2012 (ISBN 1-85775-976-1).
13. Palmer C. Clinical governance: breathing new life into clinical audit / C. Palmer // Advances in Psychiatric Treatment. – 2015. – Vol. 8. – P. 470-476.
14. Principles for Best Practice in Clinical Audit / National Institute for Clinical Excellence, Commission for health Improvement, Royal College of Nursing, University of Leicester. – Radcliffe Medical Press, 2018. – 2000 p.