

А.Б. Зіменковський<sup>1</sup>, А.В. Степаненко<sup>2</sup>, Т.В. Єремеева<sup>3</sup>, В.Я. Шибінський<sup>1</sup>

**СУЧАСНИЙ МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД КЛІНІЧНОГО АУДИТУ  
(НА ПРИКЛАДІ УНІВЕРСИТЕТСЬКОГО ШПИТАЛЮ *ST. GEORGE*,  
УНІВЕРСИТЕТ ЛОНДОНА, ВЕЛИКА БРИТАНІЯ)**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького<sup>1</sup>,  
м. Львів, Україна*

*ДП «Державний експертний Центр МОЗ України»<sup>2</sup>,  
м. Київ, Україна*

*Центр хірургії ока проф. Загурського<sup>3</sup>,  
м. Луцьк, Україна*

e-mail: azimenkovsky@ukr.net

**Резюме:** Впровадження позицій управління якістю медичної допомоги в практичну діяльність закладу охорони здоров'я потребує застосування клінічного аудиту як інструменту оцінки якості медичної допомоги, механізму удосконалення надання медичної допомоги населенню, засобу стимулювання професійної діяльності фахівців охорони здоров'я. Сьогодні ця технологія, широко застосовувана в розвинутих країнах світу, перебуває на етапі розробки та становлення і в Україні. Тому системне вивчення міжнародного досвіду та історичного розвитку клінічного аудиту за кордоном загалом та в університетському шпиталі *St. George* (Лондон, Велика Британія) має прикладне значення, оскільки попереджає викривлене чи некоректне розуміння проблеми і зменшує ризики неправильного застосування вже на початках впровадження цієї технології в реалії вітчизняної системи охорони здоров'я.

**Ключові слова:** клінічний аудит, якість медичної допомоги, моніторинг якості, реальна практика, найкраща практика.

**Вступ.** Невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості в сучасній охороні здоров'я (ОЗ) є клінічний аудит (КА)<sup>6</sup>. Сьогодні ця технологія, широко застосовувана в розвинутих країнах світу<sup>3,7,9,11,14,15</sup>, перебуває на етапі розробки та становлення і в Україні<sup>1,2,6</sup>. Тому нечисельні ще вітчизняні дослідження в цьому напрямку, на нашу думку, актуальні та своєчасні. У той же час слід зазначити, що КА має досить тривалу історію розвитку. Однією із перших КА провела *Florence Nightingale* під час Кримської війни 1853–1855 рр. Прибувши в медичні казарми лікарні в *Scutari* у 1854 р., вона була вражена антисанітарними умовами і високою смертністю серед поранених солдат. Разом із командою із 38 медсестер, використавши математичний метод та статистику, ретельно проаналізувала звіти летальності пацієнтів у закладі, застосувала суворі санітарні процедури і стандарти гігієни в лікарні, вносячи кардинальні зміни в її діяльність. Після впровадження цих змін летальність в лікарні знизилась із 40 до 2%, а отримані результати відіграли важливу роль у подоланні супротиву британських лікарів і офіцерів технологіям та процедурам *Nightingale*. Її методичні підходи, а

також акцент на однорідності та співставленні результатів медико-санітарної допомоги визнані однією із перших програм менеджменту результатів в ОЗ<sup>15</sup>. У той же час, вважається, що навіть дещо раніше у цій же війні за ініціативи *М.І. Пирогова* в Севастополі вперше в історії вітчизняної та зарубіжної медицини до військових дій були залучені сестри милосердя<sup>5</sup>. Разом із тим, саме *М.І. Пироговим* (1848–1849 рр.) були здійснені перші спроби аналізу летальності при операціях, виконаних під ефірним та хлороформним наркозом<sup>5</sup>.

Ще одним піонером КА вважається *Ernest Codman* (1869–1940), який працюючи у штаті Массачусетс (США), став відомим, як перший дієвий медичний аудитор за результатами своєї діяльності щодо моніторингу наслідків хірургічного лікування хворих у 1912 р. Його ключовою ідеєю була оцінка історій хвороб кожного пацієнта після виконаних операцій на предмет виявлення помилок, допущених індивідуально хірургами в кожному конкретному випадку. Хоча його внесок в історію медичної оцінки нерідко невинно забувають, однак, саме дослідження *Codman* стали прототипом сучасних підходів до забезпечен-

ня та моніторингу якості медичної допомоги (МД), створення звітності та ефективного розподілу і управління ресурсами в клінічній практиці<sup>10</sup>.

Незважаючи на те, що підходи *Codman* були більш «клінічними», на відміну від «епідеміологічних» аудитів *Nightingale*, як одні, так і інші слугували підґрунтям для впровадження різних методик, які сьогодні використовуються в процесі поліпшення результатів лікування пацієнтів. Хоча вказані основоположники КА досягли значних успіхів, застосовуючи ці нові для ОЗ методи, потрібно було ще близько 130 років, щоб КА став не лише рутинною, а й обов'язковою технологією в системі ОЗ, зокрема Великої Британії (ВБ). Отож, у 1989 р. так звана Біла книга («Робота на пацієнта») – стратегічний документ розвитку системи ОЗ ВБ, відобразила перші кроки стандартизації КА як частини професійної ОЗ. Еволюційні зміни стратегічної ідеології та впровадження КА відбувались у напрямку від медико-орієнтованої його моделі в середині ХХ ст. до міждисциплінарного підходу, що сьогодні застосовується в системі КА в сучасній ОЗ ВБ<sup>10</sup>. Вважаємо, що системне вивчення міжнародного досвіду та історичного розвитку КА за кордоном на сучасному етапі його становлення в Україні має прикладне значення, оскільки попереджає викривлене чи некоректне розуміння проблеми і зменшує ризики неправильного застосування вже на початках впровадження цієї технології в реалії вітчизняної системи ОЗ. Наведене визначило актуальність, мету та завдання нашого дослідження.

**Мета дослідження:** дослідити та стандартизувати тлумачення КА в динаміці років їх формування, а також вивчити сучасний досвід проведення КА в університетському шпиталі *St. George*, Лондон, ВБ, в т.ч. на основі власних спостережень.

**Матеріали та методи дослідження.** Досліджено релевантну сукупність тлумачень КА (n=13) в розрізі років їх оприлюднення за період 1989–2013 рр. з формуванням моделі власного визначення, а також вивчено досвід

проведення КА в університетському шпиталі *St. George*, університету Лондона, ВБ. Вибір об'єкта досліджень (як прототипу зразкового КА) саме ВБ та університетського шпиталу (університет Лондона) – *St. George*, обумовлений низкою чинників. Вперше урядом ВБ в 1989 р. КА був ініційований як частина реформ ОЗ і сьогодні у цій країні він є ключовим компонентом загальних зусиль, скерованих на надання клінічно ефективних медичних послуг<sup>6,15</sup>. Отже, ВБ вважається країною, де вперше був започаткований і сьогодні найбільш розвинутий КА. Разом із тим, університетський (навчальний) шпиталь *St. George*, розрахований на 1000–1300 ліжок, заснований у 1733 р., сьогодні є однією із найбільших навчальних лікарень ВБ, трасом, тобто опорним. Він готує фахівців *NHS* (*National Health System*, Національна система ОЗ ВБ) та здійснює передові дослідження в галузі практичної медицини та ОЗ. Серед відомих його студентів та викладачів – *John Hunter* (засновник сучасної англійської хірургічної школи), *Edward Jenner* (вперше зробив вакцинацію проти віспи), *Hamphry Osmond* (піонер ортомолекулярної психіатрії), *Thomas Spencer Wells* (один із основоположників абдомінальної хірургії), *Sir Benjamin Collins Brodie* (англійський фізіолог і хірург, який провів перші дослідження захворювань кісток і суглобів), *Geoffrey Davies* (винайшов британську версію кардіостимулятора) тощо<sup>17</sup>. У дослідженні використано методи: системного підходу, бібліосемантичного аналізу, бібліографічний, аналітично-порівняльний, моделювання. Конфлікту інтересів не було. Дослідження не носить рекламного характеру і не було замовлено жодною організацією чи фізичними особами.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На I-му етапі нашого дослідження тлумачення КА були стандартизовані в хронологічному порядку за роками їх оприлюднення (табл. 1).

Таблиця 1. Результати стандартизації визначень КА за авторами та у розрізі років

№	Визначення	Автор/організація/джерело	Рік
1	2	3	4
1	Систематичний критичний аналіз ЯМД*, включно із процедурами, що використовуються для діагностики та лікування, витрат ресурсів і отриманих результатів та ЯЖ** пацієнтів	Біла книга «Робота на пацієнта» <sup>10</sup>	1989
2	Систематичний аналіз ЯМД, у т.ч. процедури, що застосовуються для діагностики, лікування, догляду, використання ресурсів, отримання результатів та ЯЖ пацієнтів	Виконавчий NHS UK <sup>10</sup>	1990-ті

Продовження табл. 1			
1	2	3	4
3	Процес, при якому лікарі, медсестри, інші медичні працівники систематично переглядають і, <b>за необхідності, змінюють</b> тактику догляду та лікування пацієнтів	National Audit Office <sup>2</sup>	1995
4	Процес поліпшення якості, скерований на покращення обслуговування пацієнтів і результатів через систематичний перегляд догляду за чіткими критеріями і <b>здійснення змін</b> , при цьому аспекти структури, процесу і результатів лікування визначені та систематично оцінюються за чіткими вказаними (визначеними) критеріями, а <b>зміни здійснюються</b> на індивідуальному, командному рівнях та рівні обслуговування і подальшого моніторингу для підтвердження поліпшення ЯМД	NICE <sup>15</sup>	2002
5	Процес поліпшення якості в ОЗ, скерований на покращення обслуговування пацієнтів і результатів через систематичний перегляд догляду (за хворими) за чіткими критеріями та <b>здійснення перемін</b>	NICE /CHP <sup>18</sup>	2002
6	Один із інструментів управління якістю	SIGN <sup>16</sup>	2004
7	Процес підвищення якості, мета якого покращення МД хворим через систематичний її моніторинг із використанням специфічних критеріїв і <b>впровадження змін</b> на основі ДМ***	NICE <sup>12</sup>	2005
8	Процес удосконалення якості, спрямований на покращення догляду за пацієнтами та результатів через систематичний перегляд допомоги, <b>впровадження змін</b> , проведення повторного аудиту для забезпечення <b>підтримки змін</b>	SIGN <sup>7</sup>	2000-ті
9	Процес поліпшення ЯМД за допомогою систематичної перевірки наданої МД з використанням чітко сформульованих критеріїв і з подальшим <b>внесенням змін</b>	Степаненко А.В. та ін. <sup>8</sup>	2008
10	Систематична оцінка МД за допомогою клінічних індикаторів якості – системи показників, призначених для порівняння практики з еталоном (стандартом) МД	Посненкова О.М. и соавт. <sup>4</sup>	2009
11	Цикл покращення якості, що передбачає вимірювання ефективності МД у порівнянні з погодженими і підтвердженими (усталеними) стандартами високої якості, та діє для того, щоб зрівняти (щоденну) практику із цими стандартами для покращення ЯМД і результатів, пов'язаних із здоров'ям	RCPCH (Royal College of Pediatrics & Child Health), HQIP (Health Quality Improvement Partnership) <sup>9</sup>	2011
12	Невід'ємна частина клінічного керівництва, що може бути реалізована будь-яким практичним медичним працівником, який бере участь у лікуванні хворих, яка не обмежується діяльністю лікарів і є головною оцінкою клінічної практики на основі узгоджених стандартів і <b>здійснення змін</b> , щоб усі пацієнти отримували МД за тими ж стандартами	East Kent Clinical Audit Service, NHS <sup>18</sup>	2012
13	Сучасна система впровадження змін у клінічну практику, які базуються на ДМ	Зіменковський А.Б. та інші.	2013

Примітка: ЯМД\* – якість медичної допомоги; ЯЖ\*\* – якість життя; ДМ\*\*\* – доказова медицина

На основі результатів проведеного бібліо-семантичного аналізу ми сформували власну модель тлумачення КА (табл. 1), яка, на наш погляд, найкраще сьогодні відображає його суть – не лише оцінка та виявлення недоліків, а, в першу чергу, проведення змін та моніторинг їх впровадження. Саме зміни та їх впровадження є ключовою ціллю КА. Першочергово (1989 р.) КА трактувався як «медичний аудит» (його іноді називали «медичними перевітками») <sup>10</sup> і йому був більше притаманний аналіз (оцінка) даних та виявлен-

ня недоліків, ніж конкретні аспекти змін та їх впровадження. Прикметно, що еволюція тлумачень КА відображає його поступову трансформацію від професійно-орієнтованого підходу до пацієнт-орієнтованого <sup>10</sup>. Отож, слід зазначити, що в сучасних умовах «фокус на пацієнта» значно вплинув на методологію КА. Недарма з'явилося навіть твердження, що КА проводиться «людьми, а не людей» <sup>13</sup> і, на наше глибоке переконання – для людей.

Таким чином, у результаті I-го етапу дослідження, нами було сформовано визначен-

ня КА, як «сучасної системи впровадження змін у клінічну практику, які базуються на ДМ». Цей етап був необхідний для нашого кращого усвідомлення досвіду організації, проведення та, загалом, менеджменту КА безпосередньо в шпиталі *St. George*, який був об'єктом нашого вивчення на II-му етапі дослідження.

Для забезпечення постійного адекватного КА в університетському шпиталі *St. George* сформовано спеціальну групу із 6-ти експертів (аудиторів), кожен із яких працює за своїм напрямком. Знаково, що експерти мають безперервно навчатись та удосконалювати свої навички. Їх діяльність забезпечена програмним електронним супроводом сучасних інформаційних технологій (ІТ) (зокрема, *Soft Audit*), розробленим спеціально для системи КА ІТ компаніями. Таке програмне забезпечення фінансується добровільним фондом, створеним при шпиталі. Отож, кожен експерт із КА «озброєний» планшетом для оптимізації роботи та постійного мобільного доступу до баз даних (внутрішніх) та інтернет-ресурсів (зовнішніх), а також для спрощення опитування як медичних працівників, так і пацієнтів. Окрім того, створена спеціальна тренувальна (навчальна) програма, розрахована як на експертів, так і на медичний персонал, який оцінюється. Напрямки підготовки, що охоплюють весь штат медичних працівників шпиталю та його всебічну діяльність, вклю-

чають вивчення власне методології КА, аналіз та обробку отриманих даних, двобічний тренінг (експерти і медичний персонал вчать один у одного). Останнє вважається новітньою опцією шпиталю, яку персонал визначає як одну із цінностей свого закладу. Аудитори проводять спеціалізовані заняття з конкретних потреб кожного відділення, тому програма КА поширюється на багато напрямків. Характерна прозорість КА. Доступ до даних перевірок вільний для всіх лікарів та іншого медичного персоналу, які, використовуючи їх, можуть у подальшому самостійно проводити певні кроки КА у своїх відділеннях. Результати КА вивішуються на внутрішньому інтернет-сайті шпиталю і всі бажаючі можуть завжди побачити реальну картину, отриману внаслідок КА та динаміку змін. У той же час, річний звіт про діяльність шпиталю слугує методом моніторингу в КА. Звіт шпиталю доступний усім на веб-сайті, як і звіт із КА. Взагалі методологія КА постійно удосконалюється. Зокрема, на теперішній час КА формалізується у бік автоматизації (комп'ютеризації) як вимоги часу та розвитку ІТ й інтеграції їх у клінічну практику. Процес проведення КА відповідає стандартній програмі, що складається із 4-х ключових етапів: 1) вибір найкращої клінічної практики; 2) оцінка реальної клінічної практики; 3) розробка заходів щодо змін; 4) постійний безперервний моніторинг змін (рис.1).

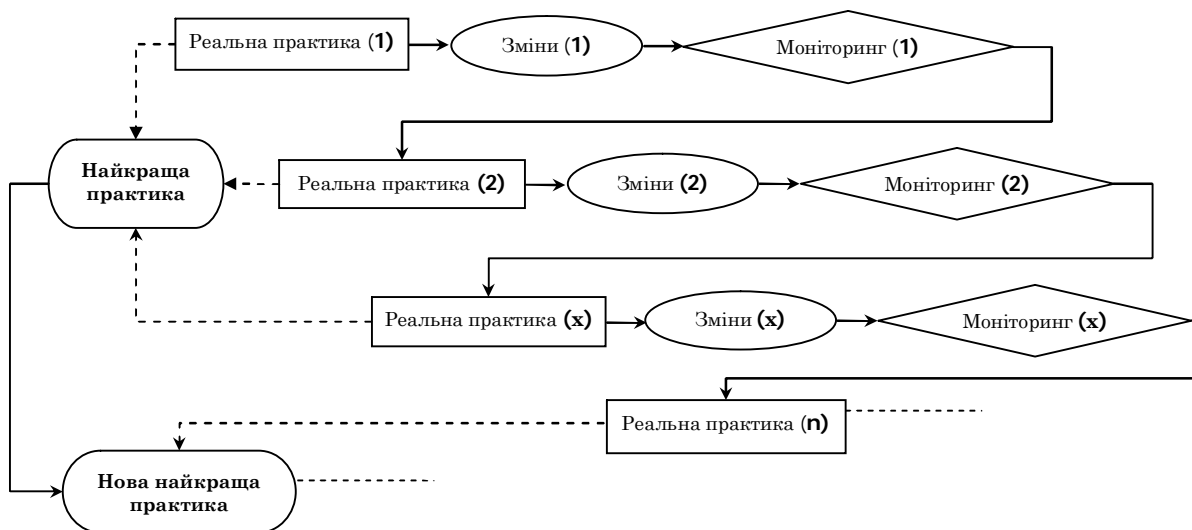


Рис. 1. Цикл КА (авторська модель)

По-суті, КА – це система спеціальних заходів, що дозволяє реальну практику максимально наблизити до найкращої. На нашу думку, цикл КА можна зобразити як безперервний процес (рис.1).

Отож, реальна практика постійно має якнайщільніше наближатися до належної, про-

те, і належна з часом удосконалюється (як правило, кожні 3–4 роки). Тому цикл КА відображає безперервність процесу удосконалення.

У шпиталі розроблена оригінальна стратегія з КА, яка проникає у всі сфери діяльності цього закладу ОЗ (ЗОЗ) як організації. Кожені

З роки ця стратегія переглядається. В її основі закладена власне політика КА. Характерною рисою КА є те, що в його процесі передбачено обов'язковий зворотний зв'язок. Отож, необхідність у КА зустрічає підтримку як «зверху», так і «знизу». Ідеологія КА схвалюється без виключення усіма працівниками ЗОЗ. І цей факт свідчить про приналежність КА до системи безперервного загального покращення якості діяльності організації. Разом із тим, КА – серйозний вплив на задоволеність пацієнта, яка, як і клінічна практика, постійно монітується. Особлива увага приділяється питанню мінімізації ризиків пацієнтів під час лікування, їх безпеки (наприклад, падіння і травмування хворих у стаціонарі тощо). Вивчення цих показників – один із варіантів КА. Схвалення ідеології КА медичним персоналом ЗОЗ окрім професійної культури якості пояснюється ще й тим, що у ВБ КА – це вимога закону *NHS* і доказ професіоналізму фахівців. Він допомагає оптимізувати ресурси, особливо в умовах їх дефіциту. Принципово, що результати КА не використовуються з метою покарання. Проте, в особливих випадках озвучуються прізвища лікарів, які вперто не дотримуються належним чином того чи іншого стандарту. Така система називається «*Name&Shame*» – «Назвати і присоромити». Існує національна програма КА і локальний аудит. Останній залежить від результатів національного КА. На даний час певні локальні стандарти ЗОЗ заважають впроваджувати національні стандарти. Частково це пояснюється тим, що шпиталь частіше в повному обсязі може забезпечити національний стандарт власним ресурсом, який є самодостатнім. Отож, локальні протоколи ЗОЗ постійно переглядаються. Зокрема, сьогодні вони розробляються за вектором максимального наближення МД до домівки пацієнта. Таким чином, відбувається, по-суті, злиття первинної МД із вторинною, що і несе категоричні зміни в стандартизації надання МД та перерозподіл ресурсів, і, безперечно, зміни у напрямках та методології КА. Національний КА встановлює критерії для аудиту та визначає стандарти, за якими КА перевірятиме послуги. Проте, впровадження змін може відбуватись лише на місцевому (локальному) рівні. При цьому, моніторинг може бути і центральним для забезпечення того, щоб локальні зміни відбулися<sup>13</sup>.

Слід зазначити, що КА проводиться в першу чергу для впровадження змін за тими напрямками, де медична допомога чи результати лікування не досягають за тих чи

інших причин очікуваного рівня, в т.ч., якщо не справджуються очікування пацієнта. Повторний КА проводиться для забезпечення змін. Отже, він може тривати тижні, місяці або й роки, в залежності від обставин. Разом із тим, КА – потужний інструмент для удосконалення МД, коли він виконується ретельно та у відповідь на конкретні потреби. Він визначає міру, в якій реальна (поточна, рутинна) клінічна практика відповідає належній (передовій та доказовій)<sup>13</sup>.

Особливо важливими з огляду методології КА є вибір теми аудиту (напряму) та визначення його цілей. При виборі теми КА враховуються зокрема наступні питання: чи тема стосується ініціатив національної політики; чи піднята проблема взагалі підлягає зміні; чи існують ризики при введенні змін для персоналу та пацієнта; як зміниться рівень ускладнень, видатків тощо. Деякі питання можуть бути важливими через необхідність публічного звітування. У той же час, КА без чітких цілей як проект не зможе нічого досягти. Цілі КА чітко визначаються ще до того, як розглядатимуться відповідні методи КА. Прикладами цілей КА можуть бути: «удосконалити» (процес гемотрансфузій у ЗОЗ); «посилити» (збільшити кількість хворих, артеріальний тиск яких під контролем); «забезпечити» (доступ кожної дитини до певних щеплень при досягненні шестимісячного віку) тощо. Впровадження вдосконалень (змін) передбачає виявлення місцевих (локальних) перешкод, а також потенційних перепон, включно із професійними та організаційними бар'єрами. Слід визначитись наскільки важливі для нас ці зміни перед тим, як їх впроваджувати. Використання комплексних втручань, обраних у відповідності до конкретних обставин, має більше шансів на успіх у зміні показників діяльності, ніж використання одного втручання, навіть такого, наприклад, як задоволеність пацієнта чи поширення навчальних матеріалів. Зміни більш ймовірні, якщо вони є частиною складнішого комплексу процесів/втручань. Разом із тим, необхідна культура, в рамках якої досвід користувача є основною мотивацією для вдосконалення<sup>13</sup>. Тобто як медичні працівники, так і пацієнти відчувають потребу у змінах.

Отже, на основі результатів дослідження нами сформовано основні складові КА, які дозволять, на нашу думку, здійснювати його в ЗОЗ України: 1) Наявність підготовленого персоналу з КА – первинно це може бути клінічний провізор, підготовка якого найбільше відповідає реалізації КА, однак, лише

в частині фармакотерапії. 2) Спеціальна підготовка з методології КА адміністрації ЗОЗ, оскільки на локальному рівні КА буде ініціюватись і організовуватись саме ними. 3) Адекватна база стандартів належної клінічної практики лікування (не лише чинні клінічні протоколи, але й сучасна база клінічних рекомендацій *NICE* та *SIGN*) з можливістю вільного доступу до них, як експертів

(аудиторів), які проводитимуть КА, так і практичних лікарів, і, безумовно, адміністрації ЗОЗ. 4) Обов'язковий IT супровід КА з певними елементами комп'ютеризації ЗОЗ. 5) Посадові інструкції та прописані повноваження фахівців, які проводитимуть КА. 6) Широка інформаційна підготовка медичного персоналу ЗОЗ перед проведенням КА для максимального уникнення супротиву.

### Висновки:

1. Основні складові процесу здійснення клінічного аудиту: належна клінічна практика (доказова медицина); реальна (існуюча) клінічна практика; план змін; моніторинг. Проте, основна суть клінічного аудиту – зміни і моніторинг їх впровадження, при чому, зміни мають відбуватись, як і безпосередньо клінічного аудиту, поки реальна клінічна практика максимально не наблизиться до належної. Отож, клінічний аудит має повторюватись, доки не буде досягнуто поставлених цілей. Клінічний аудит без запланованих цілей (які повинні мати цілком вимірвальні характеристики) не має змісту.
2. Залишаються невирішеними кадрово-організаційні питання клінічного аудиту в Україні: можливість майбутніх осередків міні-ОМТ (оцінки медичних технологій) в закладах охорони здоров'я чи наявних фармакотерапевтичних комісій закладів

охорони здоров'я здійснювати клінічний аудит в закладі, участь клінічного провізора у цьому процесі, відсутність спеціально підготовлених фахівців-аудиторів.

3. На нашу думку, для адекватного забезпечення проведення клінічного аудиту в закладі охорони здоров'я мають бути сформовані спеціальні групи експертів-фахівців, які будуть спеціально навчатись і навчати медичний персонал закладу охорони здоров'я, у т.ч. для адаптації його до перманентних (постійних) змін клінічної практики, що наблизатиметься до максимально якісної – належної. В Україні групи цих фахівців, які здійснюватимуть клінічний аудит в закладах охорони здоров'я, безпосередньо в них працюючи, можна означити як групи з якості медичної допомоги закладу охорони здоров'я.

\*автори висловлюють подяку *Kate Hutt*, менеджеру з ефективності та клінічного аудиту департаменту якості університетського шпиталю *St. George*, Лондон, Велика Британія, за надану допомогу в проведенні дослідження.

### Література:

1. Багдасарян В.С. Вступ до клінічного аудиту / В.С. Багдасарян, В.М. Богомаз // Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / За ред. О.М. Новічкової, Г. Росс. – К.: Представництво Європейської Комісії в Україні, 2009. – С. 21-30.
2. Дудіна О. Управління якістю (клінічний аудит) / О. Дудіна. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.uiph.kiev.ua/uploads/docs/presentation/dudina\\_upravlinnya\\_yakisty.pdf](http://www.uiph.kiev.ua/uploads/docs/presentation/dudina_upravlinnya_yakisty.pdf)
3. Индейкин Е.Н. Клинический аудит: опыт Великобритании / Е.Н. Индейкин // Качество медицинской помощи. – 2002. – №2. – С.45-53.
4. Клинический аудит качества медицинской помощи больным артериальной гипертензией в поликлинике города Саратова с использованием компьютерной информационно-аналитической системы / О.М. Понсенкова, В.И. Гриднев, А.Р. Кисилев, В.А. Шварц // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – №4. – С.548-554.
5. Николай Иванович Пирогов – биография. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://to-name.ru/biography/nikolaj-pirogov.htm>
6. Степаненко А.В. Місце клінічного аудиту в системі управління якістю медичної допомоги / А.В. Степаненко, В.А. Сміянов // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. – № 1-2. – С. 97-104.
7. Тводл С. Клінічний аудит. Що це і чому він важливий? / С. Тводл. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.L\\_4\\_Clinical\\_audit\\_ST\\_ukr.pdf](http://www.L_4_Clinical_audit_ST_ukr.pdf)
8. Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина I) / А.В. Степаненко, А.М. Морозов, В.Т. Чумак, І.В. Шнак [та інші]. Київ, 2008. – 30 с.
9. Burgess R. New Principles of Best Practice in Clinical Audit / R. Burgess, HQIP 2011. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.hqip.org.uk>
10. Clinical audit // Wikipedia. The free encyclopedia. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.en.wikipedia.org/wiki/Clinical\\_audit](http://www.en.wikipedia.org/wiki/Clinical_audit)
11. Implementing NICE public health guidance for the workplace: A national organizational audit of NHS Trusts in England. Regional performance. Royal College of Physicians, 2011. – 18 p.

- 
12. National Institute for Health and Care excellence, NICE. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nice.org.uk>;
  13. NHS Quality Improvement Scotland. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.nhs.uk/content/default.asp?page=s1616\\_1](http://www.nhs.uk/content/default.asp?page=s1616_1)
  14. Palmer C. Clinical governance: breathing new life into clinical audit / C. Palmer // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2002. – Vol. 8. – P. 470-476.
  15. Principles of Best Practice in Clinical Audit. National Institute for Clinical Excellence, 2002. – 206 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/BestPracticeClinicalAudit>
  16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.sign.ac.uk>
  17. St. George's Healthcare NHS Trust. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.stgeorges.nhs.uk>
  18. What is clinical audit? // East Kent Clinical Audit Service, NHS, 2012. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ekclinicalauditservice.nhs.uk/homepage/what-is-clinical-audit/>
- 

УДК 614.253

**СОВРЕМЕННЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО АУДИТА (НА ПРИМЕРЕ УНИВЕРСИТЕТСКОГО ГОСПИТАЛЯ ST. GEORGE, УНИВЕРСИТЕТ ЛОНДОНА, ВЕЛИКОБРИТАНИИ)***А.Б. Зименковский<sup>1</sup>, А.В. Степаненко<sup>2</sup>, Т.В. Еремеева<sup>3</sup>, В.Я. Шибинский<sup>1</sup>**Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого<sup>1</sup>, г. Львов, Украина**ГП «Государственный экспертный Центр МЗ Украины»<sup>2</sup>, г. Киев, Украина**Центр хирургии глаза проф. Загурского<sup>3</sup>, г. Луцк, Украина*

**Резюме:** Внедрение принципов управления качеством медицинской помощи в практическую деятельность учреждения здравоохранения требует применения клинического аудита как инструмента оценки качества медицинской помощи, механизма усовершенствования оказания медицинской помощи населению, средства стимулирования профессиональной деятельности специалистов здравоохранения. Сегодня эта технология, широко применяемая в развитых странах мира, находится на этапе разработки и становления и в Украине. Поэтому системное изучение международного опыта и исторического развития клинического аудита за рубежом в целом и в университетском госпитале *St. George* (Лондон, Великобритания) в частности, имеет прикладное значение, поскольку предупреждает искаженное или некорректное понимание проблемы и уменьшает риски неправильного применения уже в начале внедрения этой технологии в реалии отечественной системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** клинический аудит, качество медицинской помощи, мониторинг качества, реальная практика, наилучшая практика.

---

UDC 614.253

**THE MODERN FOREIGN EXPERIENCE OF CLINICAL AUDIT (ON EXAMPLE OF THE ST. GEORGE'S HOSPITAL, UNIVERSITY IN LONDON, UNITED KINGDOM)***A.B. Zimenzovsky<sup>1</sup>, A.V. Stepanenko<sup>2</sup>, T.V. Yermeyeva<sup>3</sup>, V.Ya. Shybinsky<sup>1</sup>**Danylo Halytsky Lviv National Medical University<sup>1</sup>, Lviv, Ukraine**«State Expert Center» of Ministry of Health of Ukraine<sup>2</sup>, Kyiv, Ukraine**Eye Surgery Centre of Prof. Zahurskij<sup>3</sup>, Lutsk, Ukraine*

**Summary:** The introduction of quality management principles of health care in practice of health institution requires the application of clinical audit as evaluation tool of health care quality, mechanism of improvement of medical care providing, means of stimulating professional activity of health care providers. Nowadays, this technology, which is widely used in the developed countries, is under development and formation in Ukraine. Therefore, the system study of international experience and the historical development of clinical audit abroad in general and at the St. George Hospital (University in London, UK) in particular, has a practical significance because warns distorted or incorrect understanding of the problem and reduces the risks of improper use at the beginning implementation this technology in the realities of the national health system.

**Keywords:** clinical audit, quality of health care, monitoring of quality, real practice, the best practices.

---

*Надійшла до редакції 28.08.2012 р.*