

Ю.О. Котляревський,  
аспірант кафедри управління  
охороною суспільного здоров'я  
ХарРІ НАДУ

## БАГАТОРІВНЕВИЙ КОНТРОЛЬ ЯК ОСНОВА НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

*Визначено проблеми забезпечення якісної медичної допомоги, запропоновано механізм контролю та оцінки якості медичної допомоги, здатного налаштувати в лікувальній установі ефективне ресурсне використання та забезпечення управління якістю лікування.*

**Ключові слова:** багаторівневий контроль, якість медичної допомоги, оцінка якості медичної допомоги, управління якістю лікування.

Якість та ефективність діяльності медичних закладів належать до найактуальніших проблем управління охороною здоров'я, безпосередньо пов'язаних з кінцевими результатами. Питання якості медичної допомоги посідає важливе місце і в європейській політиці Всесвітньої організації охорони здоров'я. Її глобальна стратегія “Здоров'я для всіх” серед головних завдань визнає якість обслуговування та відповідну технологію, у переконанні, що всі країни-члени повинні мати відповідні структури та механізми для забезпечення безперервного підвищення якості медико-санітарної допомоги та вдосконалення належного розвитку і використання технології охорони здоров'я [1].

Зміни, що відбуваються сьогодні у структурі системи охорони здоров'я, сприяють зміні акцентів на користь якості. Різманітність медичних послуг, можливість більш широкого їхнього вибору привели до зростання потреби населення в якісних медичних послугах, що змушує пацієнтів оцінювати та порівнювати вартість і якість одержуваних послуг. Найважливіше завдання галузі охорони здоров'я – забезпечення якісної медичної допомоги на всіх її етапах.

Значна кількість країн світу знаходиться в процесі оцінки якості медичного обслуговування і пошуку шляхів модифікації системи охорони

здоров'я. Причому навіть економічно розвинені країни, в останні десятиріччя, збільшивши витрати на охорону здоров'я в декілька разів, не можуть добитися пропорційно високих якісних показників. Особливо ця тенденція спостерігається в країнах, що мають обмежені ресурси для поліпшення медичного обслуговування населення [2; 3, с. 432].

Питання ефективного управління якістю медичних послуг на сьогодні є актуальними і знаходяться в центрі уваги вітчизняних та зарубіжних дослідників, серед яких Я. Радиш, В. Лехан, Н. Солоненко, З. Надюк, Р. Салтман, Дж. Фігейрас та ін.

При зростаючому значенні підвищення якості медичних послуг виникають важливі й здебільшого важковирішувані завдання:

- визначення компонентів високоякісної медичної допомоги;
- визначення відповідальних за якість допомоги, особливо у випадках, коли пацієнти користуються послугами декількох медичних установ, організацій і лікарів;
- відповідність рівня існуючих інформаційних систем у наданні допомоги під час контролю за якістю й обґрунтованістю надання медичних послуг;
- оцінка прогнозованих результатів і пріоритетів, які визначаються лікарями, пацієнтами, страховими компаніями та адміністрацією;
- розробка та використання ефективних методів проведення безперервного контролю, оцінки і поліпшення якості в кожній установі системи охорони здоров'я.

Метою даної роботи стало опрацювання та визначення механізму дієвого контролю та оцінки якості медичної допомоги, здатного налаштувати лікувальній установі ефективне ресурсне використання та забезпечення управління якістю лікування.

Процес, за допомогою якого пропонується контролювати та оцінювати лікування, ґрунтується на таких етапах.

Етап 1. Визначити відповідальність. Керівник кожного відділення повинен відповідати за контроль і оцінку якості та брати активну участь в їх проведенні. Керівник розподіляє відповідальність за конкретні обов'язки, пов'язані з контролем і оцінкою.

Етап 2. Визначити обсяг лікування, що створює основу для визначення тих аспектів лікування, які будуть у фокусі контролю та оцінки, включаючи:

- знання про контингент пацієнтів, що обслуговуються у відділенні (лікувальному закладі);
- нозологію хвороб, що підлягають лікуванню;
- обсяг лікування та діагностики по кожній нозології;
- перелік лікарів та медичного персоналу, що проводить лікування;
- використання приміщень та обладнання, на яких проводиться лікування;
- терміни лікування по кожній нозології.

Цей перелік є основою для наступних етапів у процесі контролю та оцінки, допомагаючи переконатися в тому, що розглянуто всі аспекти проведення лікування при виборі тих з них, які будуть контролюватися та оцінюватися через ступінь їхньої важливості.

Етап 3. Визначення важливих аспектів лікування – аспекти, на яких буде сконцентровано контроль і оцінку. Щоб ефективно використати ресурси лікувальної установи при забезпеченні якості, способами лікування повинні бути ті, які максимально впливають на якість лікування хворих.

Тому персонал повинен віддавати пріоритет тим способам лікування, для котрих характерно таке:

- спосіб лікування застосовується часто та допоміг більшій частині хворих;
- пацієнтам загрожують негативні наслідки або лікування не принесе суттєвого покращення, якщо воно проводилось некоректно;
- спосіб лікування на практиці мав тенденцію породжувати проблеми для персонала або пацієнтів.

Таким чином, способи лікування, що мають великий обсяг, високий ризик або можливі проблеми, повинні піддаватися найбільшому контролю та оцінці.

Етап 4. Повинні бути визначені індикатори якості для кожного важливого аспекту лікування. Індикатор – це добре вимірювана змінна величина, пов'язана зі структурою, процесом або результатом лікування. Індикатори повинні бути об'єктивними і вимірюваними та повинні допомагати в зосередженні уваги до потенційних проблем або можливостей поліпшити лікування.

Етап 5. Установити пороги для оцінки. Поріг для оцінки - це рівень або величина, при досягненні якої відбувається початок інтенсивної оцінки. Поріг варто встановити для кожного індикатора. Пороги можуть ґрунтуватися на літературі, присвяченій клінічній діяльності та забезпеченню якості, а також на конкретному досвіді відділення або медичної установи.

Дані, зібрані для кожного індикатора, однозначно не можуть привести до висновків про якість або доцільність лікування. Однак індикатор може привернути увагу до тих сфер, де можна виявити ту або іншу можливість поліпшити лікування. Оскільки дані збираються по серії випадків або контрольованих подій, то повинен існувати встановлений рівень або показники в сукупних даних, які запуснуть інтенсивну оцінку. Поріг, коли він досягнутий, породжує процес оцінки, спрямований на з'ясування того, чи існує проблема та можливість поліпшення лікування.

Для персоналу важливо дійти згоди при виборі як порогів, так і індикаторів для оцінки. Залучення співробітників у цей процес сприяє поліпшенню результативності аналізу та застосуванню отриманих результатів у лікуванні

Етап 6. Зібрати й упорядкувати дані. Певний штат співробітників повинен займатися збором даних, що відносяться до індикаторів. Дані повинні бути систематизовані для полегшення порівняння з порогоми для оцінки.

Для того щоб зібрати й упорядкувати дані, необхідно визначити для кожного індикатора джерело даних, методи збору даних, відповідність взятих даних: частоту збору даних, процес порівняння зведених даних з порогоми для оцінки.

Існуючі джерела необхідних даних включають такі складові: медичні карти пацієнтів; протоколи розтинів; лабораторні звіти; листки призначення лікування; звіт про аварійні ситуації; журнали відділень; звіти інфекційного контролю; звіти анкетування задоволеності пацієнтів; результати аналізу використання ресурсів.

Етап 7. Оцінити лікування. Коли сукупні дані досягнуть порога для оцінки, відповідальні співробітники повинні оцінити проведене лікування, щоб з'ясувати, чи є проблеми. Існують такі типи оцінки з'ясування причин різних проблем, якими можна поліпшити роботу.

Моделі. Ця оцінка може включати аналіз моделей або тенденцій у лікуванні, пропорованих сукупними даними. Такі моделі або тенденції можуть бути пов'язані з конкретними змінами, підрозділами, персоналом і навичками, або складом контингенту пацієнтів. Моделі можуть бути навіть більше цінними при виявленні проблем або можливостей поліпшити лікування, чим результати аналізу окремих випадків.

Порівняльний аналіз. Коли доцільно проводити інтенсивний аналіз лікування, початого конкретним лікарем конкретному пацієнтові, проводиться аналіз за допомогою колег. Аналіз протікання захворювання з колегами є найважливішим елементом процесу контролю і оцінки. Продуктивність його можна підвищити шляхом аналізування випадків, котрі досягли порогів для оцінки.

**Продуктивна оцінка.** Оцінка може привести до висновку, що невірне судження, недостатнє вміння або неретельність, привели до недоліків у лікуванні.

Етап 8. Почати дії для вирішення проблем. Якщо сукупні дані не досягають порогу для оцінки або поріг досягнутий, але оцінка показує, що

проведене лікування прийнятно, процес контролю й оцінки варто продовжувати. Однак, якщо не знайдено можливостей для поліпшення по закінченню достатнього часу (наприклад, шести місяців, одного року), індикатори, пороги, методи збору даних і процедури оцінки варто переглянути, щоб з'ясувати їх придатність для оцінювання якості й доцільності виявлення важливих аспектів лікування.

Коли проблеми встановлені, для їхнього рішення й використання можливостей щодо поліпшення якості, варто розробити плани дій, одержати їхнє схвалення на відповідних рівнях і узаконити.

Якщо оцінка виявляє проблему або можливість для поліпшення, персонал відділення повинен вирішити, які коригувальні дії необхідні. План коригувальних дій виявляє, хто й що може змінитися; хто відповідає за проведення дій; яка дія підходить у зв'язку з причиною проблеми, її обсягом і складністю, та коли очікується така зміна. Якщо необхідна дія перевищує компетенцію підрозділу, рекомендації направляються на той рівень керівництва, що володіє для цього владою.

Для того щоб виявитися ефективним, коригувальна дія повинна бути відповідною причині проблеми; для з'ясування цієї причини може знадобитися подальше дослідження. Три розповсюджені причини проблем: недолік знань, дефекти системи та неадекватна поведінка або виконання персоналом своїх обов'язків.

Дефіцит знань часто можна компенсувати проведенням занять або іншої навчальної діяльності, наданням додаткових довідкових джерел, або перебудовою існуючого освітнього процесу. Дефекти системи можуть бути усунуті зміною політики та методики, перерозподілом персоналу, зміною використання обладнання, корегуванням будь-яких проблем комунікацій.

Неадекватну поведінку та/або виконання можна виправити консультуванням, підвищенням контролем, зміною посадових обов'язків.

Етап 9. Оцінити дії й зафіксувати поліпшення. Ефективність цих дій повинна бути оцінена та зафіксована в документах. Якщо потрібні подальші дії для вирішення проблеми, їх варто почати і визначити їхню ефективність.

Тривалий контроль і оцінка повинні забезпечити необхідну інформацію. Навіть якщо проблема здається вирішеною, контроль і оцінка тривають для того, щоб переконатися в тому, що лікування залишається на очікуваному рівні якості, а також, що багато інших проблем виявлено і вирішено. Результати постійного контролю та оцінки варто фіксувати в документах, щоб забезпечити запис ефективності вжитих заходів.

Якщо якість і доцільність лікування в конкретному напрямі не поліпшуються, то варто переглянути як проблему, так і її причину, та дії, розпочаті для того, щоб їх вирішити. Потім потрібно почати нові дії і знову оцінити їхню ефективність. Поліпшення лікування або вирішення виявлених проблем звичайно не приводить до зменшення роботи з конкретного контролю та оцінки; такий контроль і оцінку потрібно використовувати для підтримки або подальшого поліпшення якості та доцільності лікування.

Етап 10. Передати відповідну інформацію в програму з поліпшення якості, використовувану в масштабах лікувальної установи. Висновки зроблені за результатами контролю і оцінки, включаючи дії, розпочаті для вирішення проблем і поліпшення лікування, повинні бути зафіксовані в документах і передані через установлені інформаційні канали.

Дуже важливо, щоб інформація про контроль і оцінку якості була доведена до конкретних осіб і відділень в усій лікувальній установі. Така інтеграція допомагає переконатися в тому, що результати дій із забезпечення якості використовуються для того, щоб поліпшити лікування в усій установі, що діяльність не дублюється, а результати використовуються в періодичній переоцінці наданих клінічних привілеїв.

Звіти і протоколи таких нарад повинні завжди включати висновки, рекомендації і дії.

Ця інформація важлива для періодичної переоцінки наданих клінічних повноважень і оцінки продуктивності медичних фахівців.

Поєднання інформації із забезпечення якості вносить вклад у виявлення тенденцій, моделей роботи або потенційних проблем, які впливають на більш ніж одне відділення або службу і можуть привести до поліпшення лікування за участі більш ніж однієї служби або відділення.

Щоб контроль і оцінка були ефективні, використовувані індикатори повинні бути:

- чітко визначені, ясно і повністю описані;
- всебічними, охоплювати всі важливі аспекти лікування в кожному відділенні;
- об'єктивними і специфічними, забезпечувати легкість і точність збору даних;
- клінічно обумовленими з урахуванням досвіду персоналу та лікарів, сучасної літератури;
- віднесені до конкретного аспекту лікування;
- ефективними, забезпечуючи недубльовану інформацію.

Показниками якості є:

- ступінь задоволення потреб пацієнта;
- ступінь відповідності сучасним технологіям;
- належне використання ресурсів;
- своєчасність лікування;
- рівень функціонального покращання.

Найважливішою частиною оцінки лікування є визначення того, до якого ступеню віднести виконані елементи якості, це допомагає акцентувати на тому, чи доцільне лікування та якого рівня якості воно може бути. Увага до подібних елементів допоможе також гарантувати, що оцінка розглядає всі найбільш важливі показники якості, а не тільки технічні навички або своєчасність. Вирішення таких питань в оцінці лікування допоможе під час виявлення таких потенційних проблем, як зайві або необґрунтовані хірургічні



операції, різні результати після хірургічних втручань, внутрішньолікарняні інфекції, зайве або недостатнє використання лабораторних аналізів, невідповідна діагностика або лікування, передчасна виписка і неадекватне використання ліків, що призначаються.

Використання ретельно підібраних індикаторів і порогів для оцінки - це важливі частини процесу надання якісної медичної допомоги, але індикатор, сам по собі не визначає рівня якості. Індикатори визначають потенційні проблеми, а до інструментів надання якісних медичних послуг можна віднести стандарти лікувальної практики. Однак відчувається помітна відсутність опублікованої інформації, що стосується, наприклад, ефективності різних підходів до лікування та керівництв з виконання багатьох процедур. Причинами відсутності інформації називають розходження в практиці між окремими медичними працівниками, різними географічними районами, відсутність знань про дієвість і ефективність медичного досвіду, а також відсутність схильності пропонувати певні методи лікувальної практики.

З урахуванням вищевикладеного матеріалу можна зробити такі висновки. Розроблений десятиетапний процес контролю та оцінки якості медичної допомоги, здатний допомогти лікувальній установі ефективно використати свої ресурси з метою керування якістю проведеного в ньому лікування. Процес включає поточний контроль проведеного лікування, періодичну оцінку лікування, виявлення недоліків у цьому лікуванні та поліпшення, у міру необхідності, його якості.

Першорядну важливість представляють такі показники:

- контроль та оцінка діяльності – поточна, планова, систематична та всебічна;
- збір даних та адекватна їх оцінка, використовуються для визначення проблем;
- діяльність, що направлена на вирішення виникаючих проблем, ефективна.

Десятиетапний процес контролю та оцінки застосовується для проведення багатьох видів діяльності, спрямованої на забезпечення якості. Процес створений для того, щоб допомогти закладам охорони здоров'я використати свої ресурси для ефективного керування і постійного поліпшення якості лікування та надання якісних послуг.

Застосування цього процесу допомагає гарантувати, що діяльність із забезпечення якості об'єктивна, всеосяжна й постійна. Вона в результаті приводить до дій, які ефективно вирішують виявлені проблеми і поліпшують лікування або послуги.

#### **Список використаних джерел**

1. Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие (проект). – Женева: ВОЗ, 1997. – 217 с.
2. Реформирование здравоохранения Украины: теория и практика: Сборник науч. трудов. – К., 2002. – С. 17-19.
3. *Салтман Р.Б., Фигейрас Дж.* Реформы системы здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий / Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 576 с.

#### ***Kotljarevskiy Yr.O.* Multilevel control, as basement of giving quality medical services.**

Article is devoted to problems of Health care quality, mechanisms of estimation and control of quality of medical services is shown, which can optimized medicine use and provide better management of Health care quality.

**Key words:** multilevel control, quality of medical services, estimation of Health care quality, management of Health care quality.

#### ***Котляревский Ю.А.* Многоуровневый контроль как основа предоставления качественных медицинских услуг.**

Отражены проблемы обеспечения качества медицинской помощи, предложен механизм контроля и оценки качественной медицинской помощи, способного наладить в лечебных учреждениях эффективное ресурсное использование и обеспечение управления качеством лечения.

**Ключевые слова:** многоуровневый контроль, качество медицинской помощи, оценка качественной медицинской помощи, управление качеством лечения.