

УДК: 616-082:681.31:51

ДО ПИТАННЯ КІЛЬКІСНОГО ОЦІНЮВАННЯ НАСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

О. П. Мінцер, Н. В. Харик, І. А. Ярменчук¹

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Поліклініка для вчених НАН України¹*

Розглянуті питання визначення та кількісного оцінювання наступності медичної допомоги. Обговорюються проблеми використання індикаторів. Підкреслюється думка про неможливість прямого застосування індикаторів для оцінювання наступності медичної допомоги. Запропоновано використання технології планування й управління ресурсами (теорії застосування систем підтримки прийняття рішень).

Ключові слова: якість медичної допомоги, наступність медичної допомоги, оцінка наступності медичної допомоги, технології планування й управління ресурсами, підтримка прийняття рішень.

К ВОПРОСУ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О. П. Минцер, Н. В. Харик, И. А. Ярменчук¹

*Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика
Поликлиника для ученых НАН Украины¹*

Рассмотрены вопросы определения и количественной оценки преемственности медицинской помощи. Обсуждаются проблемы использования индикаторов. Подчеркивается мысль о невозможности прямого применения индикаторов для оценки преемственности медицинской помощи. Предложено использование технологии планирования и управления ресурсами (теории использования систем поддержки принятия решений).

Ключевые слова: качество медицинской помощи, преемственность медицинской помощи, оценка преемственности медицинской помощи, технологии планирования и управления ресурсами, поддержка принятия решений.

TO THE QUESTION OF QUANTITATIVE ESTIMATION OF SUCCESSION OF MEDICAL CARE

O. P. Mintser, N. V. Kharyk, I. A. Yarmenchuk¹

*National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P. L. Shupyk
Policlinic for scientists of NAS of Ukraine¹*

The questions of determination and quantitative estimation of succession of medical care are considered. The issues of the use of indicators are discussed. It is emphasized the idea about impossibility of direct application of indicators for the estimation of succession of medical care. The use of technology of planning and management is offered by resources (theories of the use of the systems of support of making decision).

Key words: quality of medical care, succession of medical care, estimation of succession of medical care, technologies of planning and management by resources, support of making decision.

Вступ. Під якістю медичної допомоги (ЯМП) зазвичай розуміють сукупність характеристик медичної допомоги, що відображають її здатність задовольняти потреби пацієнтів з урахуванням стандартів охорони здоров'я, що відповідають сучасному рівню медичної науки, а доступність медичної допомоги - це реальна можливість отримання її населенням незалежно від соціального статусу, рівня добробуту та місця проживання.

© О. П. Мінцер, Н. В. Харик, І. А. Ярменчук

Іншими словами, якісна медична допомога - це своєчасна медична допомога, що надана кваліфікованими медичними працівниками і відповідає вимогам нормативних правових актів, стандартів надання медичної допомоги (протоколів ведення хворих), умовам договору або вимогам, що зазвичай пред'являються [1].

Зрозуміло, що для кількісного визначення ЯМП потрібен відповідний інструментарій. Як останній

використовується широкий спектр показників, критеріїв, індексів, індикаторів, характеристик тощо. На жаль, при дуже великій кількості наукових досліджень у цьому напрямі ясного й єдиного підходу немає.

Постановка проблеми. Найчастіше для кількісної оцінки використовуються критерії й індикатори.

До основних критеріїв ЯМП відносять таку її характеристику, як доступність.

Доступність медичної допомоги - під якою зазвичай розуміють вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних бар'єрів. Доступність медичної допомоги, у свою чергу, обумовлена рядом об'єктивних чинників: можливостями держави в забезпеченні необхідних обсягів медичної допомоги населенню, наявністю і рівнем кваліфікації медичних кадрів, можливістю використання сучасних медичних технологій, реальністю вільного вибору пацієнтом лікаря і медичної організації тощо.

Прийнято вважати, що доступність медичної допомоги є найважливішою умовою надання якісної медичної допомоги населенню в усіх країнах світу. Вона відображає як економічні можливості держави в цілому, так і можливості конкретної людини. Проте, забезпечити загальний, рівний і необмежений доступ до усіх видів медичних послуг практично неможливо. Виходом з такої ситуації є скорочення витрат на неефективні види медичних втручань і, навпаки, концентрація зусиль на наданні рівного доступу громадянам до ефективних медичних послуг.

Цей підхід до справедливого використання обмежених ресурсів називається раціонуванням і практикується різною мірою в усіх державах світу. У бідних країнах раціонування відкрите і повсюдне, торкається майже всіх видів медичної допомоги, в економічно розвинутих країнах воно зазвичай обмежене коштовними видами допомоги або окремими групами громадян.

Нерозривно пов'язані з якістю надання медичної допомоги її наступність і безперервність. У літературі під цими характеристиками медичної допомоги розуміють координацію діяльності в процесі надання пацієнтові медичної допомоги в різний час, різними фахівцями і закладами охорони здоров'я. Очевидно, що наступність при наданні медичної допомоги значною мірою забезпечується кадровим потенціалом, рівнем технічного оснащення, організацією лікувально-діагностичного процесу, вимогами до медичної документації.

По-суті, наступність і безперервність медичної допомоги визначаються строгою координацією діяльності медпрацівників, що гарантує стабільність процесу лікування і його результат.

Слід підкреслити, що визнаний світовий підхід до оцінювання якості медичної допомоги, запропонований А. Donabedian [6], має повне відображення і в проблемі забезпечення наступності. Дійсно, ресурси, що включають оцінку стандартів ресурсної бази (кадрів, устаткування та медичної техніки; матеріально-технічні умови перебування хворих і роботи медичного персоналу) визначають можливість наступності медичних дій. Також обумовлює наступність наявність обгрунтованого процесу лікування, діагностики, профілактики.

Зрештою, системна стандартизація у сфері охорони здоров'я спрямована на створення і вдосконалення нормативного регулювання галузі, забезпечення доступності та гарантію високої якості медичної допомоги і є основою наступності. Виділяють такі основні напрями стандартизації: медичні і санітарно-гігієнічні технології; освітні стандарти; організаційні, управлінські технології й інформаційні технології.

Основою створення системи забезпечення, оцінювання та контролю якості медичної допомоги в усіх країнах є стандартизація організації лікувально-діагностичного процесу. Створення і впровадження в кожному закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) системи, що забезпечує належний рівень медичних послуг, включає впровадження стандартів надання медичної допомоги; ліцензування медичної діяльності; сертифікацію медичних послуг; ліцензування й акредитацію медичних організацій; атестацію та сертифікацію фахівців; створення матеріально-технічної бази тощо.

Розроблення стандартів, що безперервно оновлюються, у сфері медицини у всьому світі здійснюється на основі балансу "витрати / ефективність", виходячи з реальної економічної ситуації. Тому клініко-економічні дослідження є найважливішою складовою сучасної системи управління якістю медичної допомоги, що визначає тенденції розвитку ринку медичних послуг і дозволяє оптимізувати планування ресурсного забезпечення охорони здоров'я.

В оцінці якості медичної допомоги та її наступності останніми роками широко стали застосовуватися індикатори. Згідно з прийнятою термінологією, індикатори якості медичної допомоги - це числові показники, що використовуються для оперативної оцінки медичної допомоги, побічно відображають її основні складові: ресурси (структура), процеси і результати.

Ці кількісні показники, що виражаються, як правило, у відсотках, застосовують для оцінювання діяльності ЗОЗ і прогнозування розвитку практичної медицини. ЯМП прийнято розглядати з позицій якості матеріально-технічної бази ЗОЗ і медичного персоналу, а також наявності:

медичних технологій з доведеною ефективністю; затверджених технологій надання медичних послуг; оптимізованих організаційних технологій; показників оцінювання здоров'я пацієнтів і процесу лікування.

Виділяють порогові (цільові) значення індикатора ЯМП, під якими розуміють інтервал значень, встановлений як цільовий або допустимий (при оцінці частоти таких негативних явищ, як ускладнення, повторні госпіталізації, летальність тощо) по контрольних точках лікувального процесу. Джерелами для встановлення порогових значень індикаторів якості служать клінічні рекомендації, систематичні огляди, результати кращих практик, думки експертів. Індикатор якості може мати цільове і фактично досягнуте значення. Відношення фактичного значення індикатора якості до цільового значення, виражене у відсотках, називають індексом досягнення мети.

Індикатори медичних процесів застосовуються для оцінювання правильності ведення (лікування) пацієнтів у певних клінічних ситуаціях (при профілактиці, діагностиці, лікуванні і реабілітації). Кількість обраних для моніторингу індикаторів якості визначається складністю завдань. Тому зазвичай забезпечується моніторинг при веденні пацієнтів із захворюваннями, що мають найбільшу вагу в структурі смертності. Нарешті, виділяють індикатори результатів. Вони є підсумками зіставлення стану здоров'я пацієнта після лікування з еталонними, встановленими на підставі стандартів надання медичної допомоги.

Проте, порівняння очікуваних результатів з реально досягнутими підсумками лікування не може охарактеризувати власне наступність медичних дій, вичленувати з отриманого результату те, що обумовлено критерієм, який саме вивчається.

Результати досліджень і їх обговорення. Основною проблемою при дослідженні наступності

медичної допомоги слід назвати відсутність її прийнятого кількісного визначення.

Розумітимемо під наступністю медичних дій таку організацію лікувально-діагностичного процесу, при якій вірогідність негативних проявів патологічного процесу (ускладнень, тяжкості стану тощо) мала.

У завданнях оцінювання наступності нами запропоновано використати технології планування й управління ресурсами (ERP - Enterprise Resource Planning) і теорії використання систем підтримки прийняття рішень (DSS - Decision Support Systems).

Під ERP розуміємо автоматизацію процедур інтеграції всіх підрозділів ЗОЗ в єдину систему, що зможе обслужити всі специфічні потреби окремих технологічних процесів.

Велике значення має впровадження ERP-систем у діяльність великих ЗОЗ і Центрів надання медичної допомоги з розгалуженою філіальною мережею, високотехнологічним устаткуванням і великим асортиментом послуг, що надаються.

В основі систем ERP лежить принцип створення єдиного сховища даних, що містить усю інформацію і забезпечує одночасний доступ до неї будь-якої необхідної кількості співробітників підприємства, наділених відповідними повноваженнями. Основними функціями ERP є планування потреб в діагностичному обстеженні, лікарських засобах, термінів прибуття на діагностичні процедури, управління запасами і закупівлями, планування потужностей, оперативне управління фінансами тощо.

Зазначені функції інтегруються так, щоб забезпечити додавання знань, досвіду, методів і засобів до процесів проекту для задоволення вимог, що пред'являються до кінцевого продукту, й очікувань учасників проекту. Управління проектами підпорядковується чіткій логіці, що зв'язує між собою різні знання та процеси управління (рис. 1).

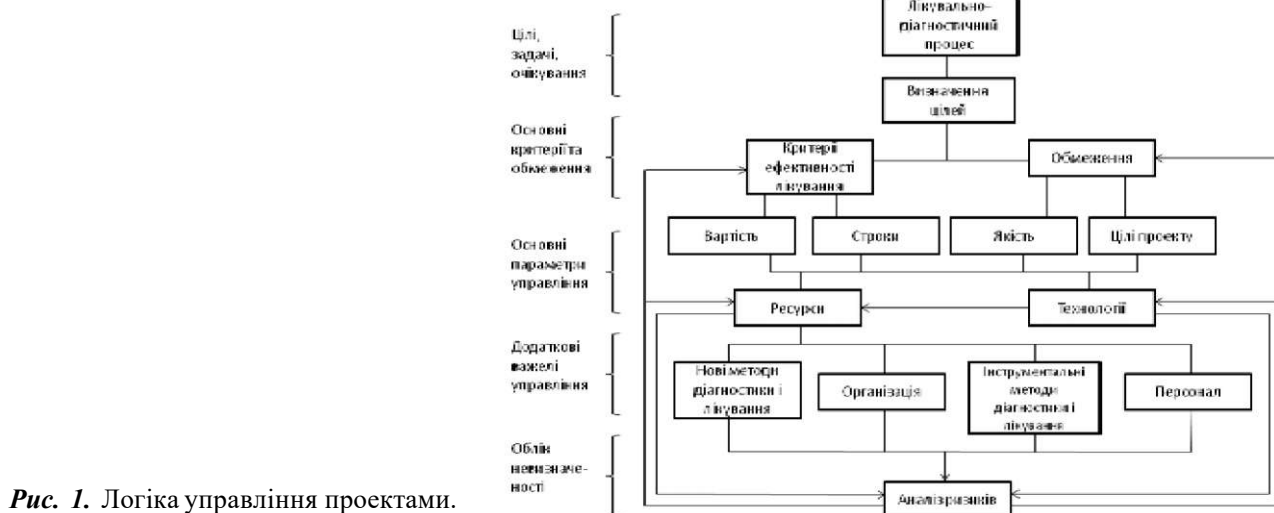


Рис. 1. Логіка управління проектами.

Отже, ERP - комплексне рішення, що замінює старі розрізнені комп'ютерні системи з фінансів, управління персоналом, контролю над виробництвом, логістики, складських завдань однією уніфікованою системою, що складається з програмних модулів, котрі повторюють функціональність старих систем. Крім того, ERP пропонує широкую функціональність, повну інтеграцію, необмежену масштабованість і просту взаємодію у рамках мережевих інфраструктур ведення процесу.

Структурна схема системи з оператором при управлінні діагностикою та лікуванням забезпечує управління по відхиленню вихідного регульованого параметра. На вході визначаються характеристики пацієнта. Результатом процесу є зміна показників стану пацієнта, що можна представити у вигляді вектора U з визначальними його показниками стану параметром S . Структурна схема на рисунку 2 включає:



Рис. 2. Структурна схема системи з оператором при управлінні діагностикою та лікуванням.

- датчик, що вимірює величину S_p ;
- елемент порівняння для визначення величини відхилення параметра якості S_p продукту Y від заданого значення, шляхом обчислення $I = S_p - S_0$;
- індикатор, що відображає інформацію I , котра змінюється;

- оператора, який приймає на основі цієї інформації рішення про необхідність змінення стану пацієнта шляхом дії d_U на органи управління, вихідний сигнал яких U викликає переведення у новий стан пацієнта.

Стан пацієнта відповідає нормативним вимогам, якщо S_p дорівнює заданому значенню або відхилення знаходяться в допустимих межах $S_p < |S_0 \pm d|$.

Література

1. Горленко О. А. Менеджмент качества: анализ основных определений / О. А. Горленко // Методы менеджмента качества. — 2004. — № 12. — С. 34 - 36.
2. Тарасюк Г. М. Управління проектами / Г. М. Тарасюк. - К. : Каравела, 2004. - 344 с.
3. A Guide to the Project Management Body of Knowledge, 2000. - Edition. Project Management Institute. — 2000.
4. Каплан Р. С. Сбалансированная система показателей. От

У процесі управління діагностичним і лікувальним процесами постійно виникають процедури оцінювання ризиків і прийняття рішень. Системи підтримки прийняття рішень (DSS - Decision Support Systems) є інформаційними системами, максимально пристосованими до вирішення завдань повсякденної управлінської діяльності лікувальним процесом і є інструментом, що допомагає лікарям приймати обґрунтовані й ефективні рішення. DSS дозволяють у режимі реального часу автоматично аналізувати великі обсяги інформації, вирішувати неструктуровані і слабоструктуровані багатокритерійні завдання.

Отже, DSS - інтерактивна автоматизована система, що допомагає особі, яка приймає рішення, використати дані і моделі для опису завдань і прийняття рішень. Такі корпоративні системи працюють з інтерактивними запитами і дозволяють моделювати ситуацію і формувати звіти в режимі он-лайн. Мета DSS - підвищення ефективності рішень. Важливо забезпечити роботу як із структурованою, так і з неструктурованою інформацією; аналізувати та співвідносити дані з зовнішніх і внутрішніх джерел.

При цьому реалізується конвеєрний принцип управління складною системою, що полягає в тому, що для досягнення мети управління забезпечується адекватна доставка ресурсів. Вона припускає: а) своєчасність, тобто в необхідні моменти часу $T=\{tk\}$; б) спрямованість, тобто в необхідні точки простору $X=\{xm\}$; в) виконання діагностичних і лікувальних процедур в необхідному обсязі $V=\{vn\}$; г) виконання діагностичних і лікувальних процедур з необхідною якістю $J=\{ji\}$; $R = R(T, X, V, J)$.

Отже, здійснюється планування й організація всього лікувально-діагностичного процесу.

Висновки. 1. Індикатори практично непридатні для селективного оцінювання окремих критеріїв якості медичної допомоги. 2. Пропонується застосовувати для оцінювання наступності медичної допомоги технології планування й управління ресурсами та теорії використання систем підтримки прийняття рішень.

- стратегии к действию: 2-е изд., испр. и доп. / Р. С. Каплан, Д. П. Нортон / пер. с англ. - М. : Олимп - Бизнес, 2004. - 320 с.
5. Управление ЛПУ в современных условиях 2009-2010гг. / под ред. акад. РАМН В. И. Стародубова. - М. : Менеджер здравоохранения, 2010. - 210 с.
6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // Milbank. Mem. Fund. - 1996. - Vol. 44. - P. 153-166.