

*Використані джерела інформації:*

1. Положення про проведення громадської експертизи та створення на її основі рейтингу офіційних веб-сайтів судів загальної юрисдикції та Конституційного Суду України [Електронний ресурс] // Асоціація українських правників. – Електрон. дані. – К., 2013. – Режим доступу: <http://aup.org.ua/data/sud.pdf>. – Назва з екрана.

*Рецензент: Тертичка В.В., д.держ.упр., професор.*

УДК 351.77

**Клименко О.В.,**

к.ю.н.,

доцент кафедри теорії та історії

держави і права

і конституційного права

Академії муніципального управління

## **ПРОБЛЕМИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

*Анотація. Дана стаття визначає критерії якості медичної допомоги.*

*Аннотация. Данная статья определяет критерии качества медицинской помощи.*

*Annotation. Given article defines criteria of quality of medical aid.*

*Постановка проблеми.* Модернізація системи охорони здоров'я спрямована в першу чергу на забезпечення доступної і якісної медичної допомоги для широких верств населення. Серед першочергових тактичних задач розвитку охорони здоров'я МОЗу визначене: поліпшення системи управління галуззю - підвищення якості прогнозування й ефективності планування ресурсів охорони здоров'я, впровадження механізмів бюджетування, орієнтованого на результат, сучасних методів фінансового менеджменту; створення системи управління якістю медичної допомоги - перехід на принципи фінансування медичної допомоги по обсязі і якості її надання; підвищення мотивації медичних працівників до якісної праці, впровадження систем оплати праці, ув'язаних з якістю й результатами праці. При цьому головною метою перетворень в охороні здоров'я повинне бути забезпечення такого обсягу і якості медичних послуг, які відповідали б потребам населення, що обумовлює необхідність аналізу динаміки, частоти й структури випадків госпіталізації, що дозволяють визначити рівень потреби населення в стаціонарному, найбільш ресурсномісткому, етапі надання спеціалізованої медичної допомоги.

Серед сучасного наукового доробку у сфері дослідження критеріїв якості надання медичної допомоги та медичних послуг слід насамперед відзначити праці Г.І. Галанової, А. Донабедиана, Н.В. Зильберберг, М.А.Іванової, Є.П. Какориної, А.А. Кубанової, Н.В.Кунгурова, А.Л.

Лінденбратена, В.І. Стародубова, І.А. Тогунова, Р.А. Хальфіна, О.П. Щепина та інших.

*Мета дослідження* – виявлення критеріїв якості медичної допомоги.

*Викладення основного матеріалу.* Якість медичної допомоги є найважливішим питанням розвитку сучасної охорони здоров'я. З однієї сторони з'явилося й продовжує з'являтися безліч нових методик діагностики й лікування, нерідко дуже дорогих. У той же час лікарі продовжують використовувати так звані загальноприйняті методи, які найчастіше застаріли. Від них лікарі не відмовляються через звичку й традиціоналізм. Сполучення старих і нових методик найчастіше не приводить до додаткових позитивних ефектів, але значно збільшує вартість медичної допомоги. Вибір нового або старого, дешевого або дорогого повинен бути орієнтований на досягнення певного результату, що зазвичай й мають на увазі, говорячи про якість медичної допомоги.

Якість медичної допомоги є одним з найпоширеніших об'єктів вивчення й тем обговорення в управлінні охороною здоров'я. Питання оцінки й контролю якості медичної допомоги відбиті в законодавчих актах, наказах МОЗА. Не залишили без уваги питання якості й міжнародні організації, зокрема, Міжнародна організація по стандартизації (ІСО) протягом останнього десятиліття випустила кілька стандартів по забезпеченню якості - ІСО 9001, ІСО 9002, ІСО 9003. У цей час уведений у дію стандарт ІСО 9001: 2000 "Вимоги до систем менеджменту якості", що є третьою редакцією наведених вище стандартів і що замінив собою усі раніше створені стандарти в цій області. Є розгорнутий стандарт ІСО 9004: 2000 "Системи менеджменту якості. Рекомендації з поліпшення діяльності", призначений для тих організацій, які прагнуть вийти за межі базових, загальних вимог ІСО 9000: 2000.

Можна сказати, що в науці про якість медичної допомоги (кваліології) сформувався три підходи:

1. Оцінка (експертиза) якості медичної допомоги - кваліметрія.
2. Контроль якості медичної допомоги - кваліконтроль.
3. Загальне забезпечення якості (управління якістю, менеджмент якості) медичної допомоги - кваліменеджмент.

Говорячи про оцінку якості, необхідно розділяти два питання, два аспекти, що вимагають подальшого вивчення:

1. Що оцінювати - які елементи (компоненти, складові) медичної допомоги підлягають аналізу.
2. Як оцінювати - яка методологія оцінки, що дозволяють найбільше об'єктивно оцінити обрані елементи (компоненти), хто проводить оцінку.

Проблема "що оцінювати" безпосередньо пов'язана з визначенням якості. Філософське визначення якості звучить як "об'єктивна й загальна характеристика об'єктів, що проявляється в сукупності їхніх властивостей". В 1994 р. Міжнародний стандарт ІСО 8402 визначив якість як сукупність характеристик об'єкта, що відносяться до його здатності задовольняти

встановлені й передбачувані потреби. У ДЕРЖСТАНДАРТИ 15467-79 "Якість продукції. Терміни" під якістю продукції (послуги) розуміють сукупність властивостей продукції (послуги), що обумовлюють її придатність задовольняти встановлені й передбачувані потреби відповідно до її призначення. Одним з найважливіших елементів споживчих властивостей є економічність.

Аналіз визначень якості медичної допомоги, наведених у літературі, дозволяє виділити перелік характеристик, на які орієнтуються дослідники в спробах визначити сутність поняття:

- відповідність сучасному рівню розвитку науки (професійних знань);
- задоволення потреб (і очікувань) пацієнтів;
- відповідність установленим (або сформованим) вимогам, стандартам;
- оптимальне (ефективне) використання ресурсів;
- відповідність досягнутого результату бажаному (очікуваному).

З визначень логічно випливає, що якість медичної допомоги і якість медичних послуг - суть речі різні, однак забезпечення якості медичної допомоги неможливо без забезпечення якості медичних послуг. Медична допомога багатокомпонентна і дискретна, її можна розкласти на ряд технологічно не зв'язаних одна з одною послуг, об'єднаних місцем і часом їхнього надання (провести декомпозицію). Лікар оглянув хворого й зробив призначення, аналіз крові вивчений у лабораторії, медична сестра виконала процедури... Весь інший час пацієнт наданий сам собі, до наступного лікарського обходу або сестриної процедури. Оцінюючи якість медичної допомоги, потрібно враховувати як якість кожного елемента медичної допомоги (послуги, маніпуляції або процедури), так й їхній взаємозв'язок у часі й просторі.

Очевидно, що для практичної реалізації будь-якого підходу до визначення сутності якості, у тому числі медичної допомоги (тобто для оцінки якості), необхідні об'єктивні кількісні показники, на які можна було б орієнтуватися при визначенні, "що таке добре, а що таке погано" - індикатори якості. Можна сказати, що якість - це відповідність стандартам, оцінена через систему індикаторів.

Деякі з складових якості погано піддаються оцінці й до цих пір сприймаються не однозначно. Це в першу чергу стосується задоволеності пацієнтів медичною допомогою.

Задоволення потреб є основою визначення якості товарів і послуг згідно ІСО, а задоволеність пацієнтів - одним із критеріїв якості медичної допомоги, що рекомендує ВООЗ. Більше того, орієнтація на споживача, тобто фокус на пацієнта, є одним із ключових положень концепції безперервного поліпшення (забезпечення) якості. Однак відразу впадає в око розходження між об'єктивними потребами, які можуть бути не до

кінця ясні самому пацієнтові, і його суб'єктивними очікуваннями. Так, наприклад, потреби хворого зі злоякісною пухлиною складаються в її видаленні, тоді як його очікування в цьому випадку - відсутність болю або усунення інших симптомів, пов'язаних із хворобою. При цьому з мінімумом витрат можна задовольнити очікування пацієнта, тоді як забезпечення потреби зажадає набагато більших вкладень у хірургічне, хіміотерапевтичне або радіаційне її видалення.

Задоволеність пацієнтів медичною допомогою складається під впливом безлічі факторів: ефективності лікування, відношення персоналу, умов надання допомоги, особистих переваг й очікувань й ін. Варто пам'ятати, що очікування пацієнта піддаються корекції, вихованню з боку як медичного персоналу (проведення бесід, спеціальних шкіл, створення буклетів, пам'яток і плакатів), так і суспільства (засоби масової інформації, міжособистісне спілкування, мистецтво). У деяких випадках можна докорінно змінити очікування тільки шляхом ефективного психологічного впливу. Ще раз: якість - це досягнення компромісу між очікуваннями й можливостями.

Задоволеність очікувань пацієнтів не може служити єдиним або основним показником якості медичної допомоги, однак може впливати на обсяг витрат на медичну допомогу. Разом з тим задоволення очікувань пацієнтів або взагалі не вимагає додаткових витрат, або ці витрати мінімальні й спрямовані на зовнішні сторони надання медичної допомоги - інтер'єр, одяг, навчання персоналу питанням етикету, правильності бесід з пацієнтами й родичами й ін.

Оцінка якості медичної допомоги вимагає вивчення ресурсів, технологій і результатів. А. Донабедіаном була запропонована "тріада": уявлення про якість як сукупність трьох складових - структури, процесу й результату [12]. Процес дослідження складових якості відбувається шляхом зіставлення реальних даних з вимогами стандартів. Так, оцінка структури припускає визначення потенційних можливостей медичного суб'єкта (установи або медичного працівника) надавати відповідну його функціям медичну допомогу. При цьому аналізується ресурсна база: кадри, оснащення, умови перебування пацієнтів і т.п. В Україні ця частина реалізується через ліцензування. При оцінці процесу аналізується дотримання медичних технологій; при оцінці результату - ступінь досягнення намічених цілей на кожному етапі надання медичної допомоги. Сукупний аналіз позначають у міжнародній практиці як акредитацію.

Для оцінки процесу найчастіше використовується експертиза. Технологія експертної оцінки якості медичної допомоги розроблялася ще в СРСР із початку 80-х рр. Широке практичне поширення методика одержить у результаті впровадження системи медичного страхування. З методологічної точки зору метод експертної оцінки є істотним кроком уперед, оскільки на відміну від показників статистичної звітності,

традиційно використовуваної для оцінки якості, дозволяє оцінювати сам процес, тобто технології надання медичної допомоги.

У процесі експертної оцінки (експертизи) якості медичної допомоги експерт піддає аналізу медичну документацію, розглядаючи її із суб'єктивної точки зору. На результати експертизи накладають відбиток освіта й спеціалізація експерта, прихильність його певній "медичній школі", особисті відносини й навіть - настрої. Існують різні методи підвищення ступеня об'єктивності експертної думки (навчання експертів, використання декількох експертів одночасно або послідовно, "дельфійський" метод, використання ранжирування й т.п.). Проте, жоден з методів не дозволяє повністю уникнути впливу "людського фактора" й об'єктивізувати експертну оцінку.

Слід зазначити, що при експертизі якості медичної допомоги, серед інших, проводиться оцінка правильності використання ресурсів, у першу чергу - призначення лікарських засобів і додаткових лабораторних й інструментальних досліджень. Однак у цій частині експертної оцінки якості суб'єктивізм виражений ще більше, ніж у клінічній частині - експерти не знають основ методології ухвалення рішення, не знайомі з результатами клінічних досліджень, методологією оцінки ефективності медичних технологій і доказами в медицині, клініко-економічний аналіз у більшості медичних організацій не здійснюють навіть у рудиментарному виді.

Популярність застосування методу експертних оцінок для аналізу якості медичної допомоги визначається в першу чергу великою невизначеністю середовища (системи охорони здоров'я). У більшості випадків діагноз, прогноз і результати лікування однозначно не визначені й можуть бути виражені тільки через імовірності. За даними С. Дж. Тіллінгаст, сімейний лікар генерує першу діагностичну гіпотезу через 28 секунд після того, як пролунала перша скарга пацієнта, при цьому лікар створює не більше трьох гіпотез. По даним того ж автора, в одному з досліджень, 88 % діагнозів були поставлені за підсумками короткого анамнезу й вибіркового обстеження, в іншому - продемонстровано, що по завершенні збору анамнезу діагноз був визначений в 56 % хворих, а після фізикального огляду - в 73 % [9]. Вся діяльність лікаря при обстеженні пацієнта - це робота з оцінкою ймовірності того або іншого захворювання, того або іншого результату.

При проведенні експертної оцінки в ролі "стандартів" виступають уявлення експертів про технології надання медичної допомоги, про найбільш прийнятні лікарські засоби при певному захворюванні, про ймовірність досягнення бажаного результату. Однак думки експертів не тільки розрізняються, але й далекі від реальності. Так, у контрольованих дослідженнях, проведених у багатьох країнах світу (IMPROVEMENT HF), показано, що практикуючі лікарі, що виступали експертами, вважають найбільш частими симптомами серцевої недостатності задишку (99%),

набряки (98%), серцебиття (92%), ортопное (85%), хрипи у легенях (84%), стомлюваність (74%), тоді як при оцінці амбулаторних карт найчастішою ознакою були задишка (98,4%) і стомлюваність (94%), істотно рідше серцебиття (80%) і набряки (73%), всі інші ознаки спостерігались менш ніж у половині випадків.

П. А. Воробйовим показані значні розбіжності в думках лікарів-кардіологів і хворих стенокардією щодо локалізації болю: за грудиною відчуває її 91 % пацієнтів, а кардіологи вважають, що вона локалізується там лише в 74% випадків; зате в лівій руці лікарі її очікують в 41% випадків, тоді як реально така локалізація буває лише в 3% хворих; локалізація болю у шиї - 11 й 1,5% відповідно. Істотно не збігається трактування лікарями й пацієнтами характеру болючих відчуттів, частоти й локалізації іррадіації болю, ефективності нітратів [2].

Таким чином, навіть в елементарних випадках, що стосується діагностики й лікування таких найпоширеніших і добре досліджених патологій, як серцева недостатність і стенокардія, спостерігається різка відмінність між уявленнями лікарів-експертів, реальною практикою й обґрунтованими рекомендаціями. Очевидно, що в більш складних ситуаціях ця різниця буде наростати.

Експерт, безумовно, може оцінити ймовірності шляхом ретроспективного аналізу аналогічних ситуацій. Однак такий шлях представляється вкрай довгим і трудомістким, тому що по кожній нозології необхідно вибрати статистично значиму групу, так ще оцінити в ній адекватність діагностики й лікування. Це по великому рахунку тупиковий шлях, від нього відштовхувалися у свій час кібернетики, зокрема, група І.М. Гельфанда при створенні так званих експертних систем. Було очевидно, що переробка величезних масивів інформації неможлива, тим більше, що постійно міняються технології.

Отже, моніторинг й аналіз соціальних індикаторів якості (задоволеності пацієнтів і стану кадрового потенціалу), дозволяє виявити сучасний рівень вимог населення до якості медичної допомоги й оцінити можливість його забезпечення.

На підставі отриманих результатів необхідно розробити алгоритм безперервного поліпшення якості надання допомоги хворим в умовах цілодобових стаціонарів, заснований на моніторингу комплексу індикаторів якості і їхніх інтеграцій в автоматизовану інформаційну систему.

Впровадження автоматизованої інформаційної системи з інтегрованими індикаторами якості дозволить керівникові медичної установи проводити в безперервному режимі експертизу якості надання медичної допомоги у відділеннях установи; здійснювати контроль за дотриманням затверджених лікувально-діагностичних стандартів, порядку надання спеціалізованої медичної допомоги, затверджених медичних технологій. Це дозволяє оперативно розробляти усередині

установи накази, оцінювати результативність їхньої реалізації, проводити відповідну корекцію тих або інших показників; адекватно планувати кадрове й ресурсне забезпечення установи. Одночасно страхові компанії, маючи доступ у режимі on-line, можуть проводити експертизу якості надання стаціонарної медичної допомоги застрахованим пацієнтам, а фахівці Міністерств (департаментів) охорони здоров'я, у тому числі головні спеціалісти в режимі on-line проводити систематичний контроль якості надання медичної допомоги хворим, здійснювати моніторинг виконання основних показників медичних закладів й аналіз епідеміологічної ситуації по захворюваності.

*Використані джерела інформації:*

1. Асанов А.А., Ларичев О.И., Нарыжный Е.В., Страхов С.И. Экспертная система для диагностики лекарственных отравлений // Седьмая национальная конф. По искусственному интеллекту с междунар.уч. (КИИ'2000): Тр. Конф. Т.2 – М.: Изд-во Физ-мат, лит., 2000. – С. 708-716.
2. Воробьев П. А. Качество медпомощи: проблемы оценки, контроля и управление / Научно-практический журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении», № 10, Москва, 2007. С. 6-14.
3. Зильберберг Н.В. Управление качеством медицинской помощи в кожно-венерологических учреждениях на основании рационального планирования ресурсного обеспечения и оптимизации профессиональной деятельности врачей дерматовенерологов / Автореферат дисс. на соискание уч. ст. д. мед.н. - Москва, 2008 г.
4. Кунгуров Н.В. Совершенствование системы контроля за заболеваемостью инфекциями, передаваемыми половыми путями / Н.В. Кунгуров, А.Б. Блохин, Н. В. Зильберберг и др. // Организация здравоохранения: проблемы и решения (Сб. статей).- Екатеринбург, 2000.- С. 59-69.
5. Кунгуров Н.В. Организация контроля качества дерматовенерологической помощи / Н.В. Кунгуров, В.А. Игликов, Н.В. Зильберберг и др. // Актуальные проблемы уретрогенных ин-фекций : мат-лы науч. - практ. конф. - М., 2003. - С. 65.
6. Линденбрaten А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении. Изд.2- и. Г.: Медицина, 2005.
7. Линденбрaten А.Л. Некоторые рассуждения о качестве медицинской помощи/ Научно-практический журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении», № 10, Москва, 2007. С.3-5.
8. Оценка качества и эффективности медпомощи / Под ред. О.П. Щепина. - Г., 1999.
9. Тиллингаст С. Дж. Россия выбирает жизнь: программа реформирования российского здравоохранения. Ч. 1 / С. Дж. Тиллингаст // Международный журнал медицинской практики. 1997. - № 3. - С.125.
10. Тогунов И.А. Городская поликлиника в системе обязательного медицинского страхования. - Владимир, 1998.
11. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбрaten А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медпомощи. - Г.: Медицина, 2002.
12. Donabedian A. The Definition of Quality and Approached to its Assessment / An. Arbor, 1980.

*Рецензент: Радиш Я.Ф., д.держ.упр., професор.*