

Підходи до проблеми управління якістю профілактичної допомоги

В.В. Горачук, Н.М. Орлова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Резюме. **МЕТА.** Визначити основні підходи до механізму управління якістю профілактичної допомоги. **ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ.** Матеріали, які характеризують проблеми управління якістю профілактичної допомоги. **Метод системного аналізу.** **РЕЗУЛЬТАТИ.** Результати дослідження свідчать про зменшення обсягів профілактичної роботи серед населення. Для вирішення цієї проблеми запропонована технологія управління якістю профілактики шляхом збору відповідної інформації, її аналізу, виявлення відхилень від еталонних значень показників профілактичної роботи і прийняття управлінських рішень для усунення відхилень і проведення коригувальних заходів. Запропоновано сучасний підхід до трактування поняття «якість профілактичної допомоги» з використанням системи понять відповідно до конкретних умов функціонування системи охорони здоров'я. Представлена методика розподілу повноважень і функцій між різними рівнями управління профілактичною допомогою населенню. **ВИСНОВКИ.** Проведений аналіз свідчить про необхідність перегляду концептуальних підходів до оцінки ролі профілактики для збереження здоров'я населення, змісту поняття «якість профілактичної допомоги» і розподілу функцій і повноважень між різними рівнями управління профілактичною допомогою.

Ключові слова: управління якістю профілактики, технологія управління, методика розподілу повноважень.

Вступ

Питання оцінки і забезпечення якості медичної допомоги, зокрема профілактичної, сьогодні заслуговують на все більшу увагу заінтересованих суб'єктів — держави, організаторів охорони здоров'я, медичних працівників, платників (страхових медичних організацій), а також пацієнтів (Апанасенко Г.Л., 2003; Ринда Ф.Ф., 2007; Еругина М.В., 2008; Поліщук М.Є. та співавт., 2008; Азизова Б.Г., 2009; Корж В.П. та співавт., 2009). Це закономірно, адже головною метою і основним завданням реформи медичного обслуговування, оголошеної Програмою економічних реформ України на 2010–2014 рр., визначено посилення гарантій і прав громадянина на отримання доступних і якісних медичних послуг. Обґрунтованим таким чином стають теоретичні пошуки визначення якості медичних послуг та її складових, а також методології її оцінки. Не підлягає сумніву, що оцінка якості профілактичної допомоги є лише одним із засобів для досягнення головної мети — забезпечення права громадянина на охорону здоров'я, а при набутті ним статусу пацієнта — отримання гарантованого обсягу і якості медичної допомоги (Лехан В.М., Зюков О.Л., 2009; Семенов В.Ю., Скворцова Е.С., 2009).

Мета дослідження — наукове обґрунтування методичних підходів до управління якістю профілактичної допомоги.

Об'єкт і методи дослідження

Матеріали, які характеризують проблеми управління якістю профілактичної допомоги. У процесі дослідження використано метод системного аналізу.

Результати та їх обговорення

Отримані нами дані підтвердили висловлювання ряду науковців про те, що

населення і практичні лікарі відмічають зниження обсягів профілактичної допомоги більше ніж у 70% випадків (Щепин В.О. і соавт., 2008). Необхідно визнати, що профілактичний напрямок медичної діяльності (крім вакцинопрофілактики) в сучасних умовах рідко наповнюється конкретним змістом. Водночас ряд країн, озброєних доктриною факторів ризику, проводять реальну профілактичну роботу не лише силами медичних працівників, а також із залученням інших фахівців (психологів, соціологів, педагогів), ефективно використовуючи радіо і телебачення.

Насамперед це стосується провідних за причинами захворюваності, смертності й інвалідності класів хвороб. У розвинених європейських країнах внаслідок впровадження профілактичних технологій відзначається зниження смертності від хвороб системи кровообігу (Європейские рекомендації по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике — 2003, 2004). Велике значення має і профілактика захворювань зубів та порожнини рота, якій в нашій країні не приділяють достатньої уваги. Наприклад, у Скандинавських країнах лікарі не лише дають повноцінні рекомендації з гігієни ротової порожнини, але й використовують нові антимікробні препарати, винаходять вакцини проти карієсу. Внаслідок такої роботи поширеність цієї патології знизилася з високого рівня (6,5) до низького (1,2–2,6) на 100 тис. населення (Профілактика як основа розвитку стоматології, 2006), що сприяло економії ресурсів, підвищенню якості життя хворих.

Проблема забезпечення населення якісною профілактичною допомогою є перш за все практичним завданням, вирішення якого потребує певних зусиль усіх суб'єктів системи охорони здоров'я і створення механізмів управління якістю про-

філактичної допомоги. Технологія управління якістю профілактики, на нашу думку, містить такі основні складові:

- збір інформації про якість профілактичної допомоги на певному ієрархічному рівні (на рівні практичного лікаря, підрозділу, лікувально-профілактичного закладу, в регіоні, загалом у системі охорони здоров'я);
- аналіз отриманої інформації шляхом її порівняння з еталонним рівнем;
- прийняття на основі аналізу управлінських рішень щодо виявлених відхилень у системі надання профілактичної допомоги;
- контроль реалізації прийнятих рішень і проведення при необхідності коригувальних заходів.

При цьому запропонований технологічний цикл не може бути одноразовим заходом, а обов'язковим постійним механізмом реалізації програми щодо забезпечення якості профілактики.

Вивчення світового і вітчизняного досвіду свідчить про складнощі у запровадженні зазначених технологій оцінки і контролю, що зумовлено перш за все відсутністю визначення самого поняття «якість профілактичної допомоги» (Семенов В.Ю., Скворцова Е.С., 2009). У науковій літературі відсутня єдина точка зору з цього питання. Так, якість профілактичної допомоги, яка надається окремому пацієнтові, за змістовим навантаженням відрізняється від аналогічного поняття, яке стосується лікувально-профілактичного закладу чи всієї мережі охорони здоров'я країни. Відповідно методи виміру таких «якостей» відрізняються, а результати оцінки можуть не співпадати. Крім того, вимоги до рівня профілактичної допомоги постійно змінюються, з'являються нові можливості й нові сфери її застосування, що спонукає дослідників постійно зверта-

тися до цього поняття, але на новій основі. Загалом, на наш погляд, не слід говорити про одне, загальне поняття «якість профілактичної допомоги» і шукати для нього найбільш точний словесний вираз, а використовувати систему понять. Кожне з цих понять має розкривати той чи інший бік загального поняття «якість профілактичної допомоги» стосовно конкретних умов функціонування системи охорони здоров'я, а всі ці поняття разом — складати достатньо чітку і повну картину стану якості профілактики на будь-якому рівні.

Питання забезпечення якості профілактичної допомоги набувають особливого значення в умовах переходу до обов'язкового медичного страхування, коли створюється правова основа для контролю якості і відповідальності сторін в системі страхування. Вочевидь, в умовах медичного страхування мають розвиватися і вдосконалюватися два шляхи контролю якості. Один із них пов'язаний з необхідністю оцінки конкретних випадків надання медичної допомоги, в тому числі профілактичної, при виникненні будь-яких претензій з боку застрахованих, страхувальників або страхових організацій. Іншим, не менш важливим напрямком, є впровадження постійно діючих систем оцінки якості й ефективності профілактичної допомоги, які, окрім вдосконалення управління охороною здоров'я в цілому, можуть сприяти вирішенню таких конкретних завдань, як ліцензування і акредитація медичних закладів, укладання договорів медичного страхування, визначення критеріїв відповідальності сторін у системі медичного страхування тощо. (Кардаш В.Е., Зубович А.П., 2009).

Провідним критерієм оцінки якості профілактичної допомоги слід вважати правильне виконання конкретної вибраної технології (стандарту профілактичної допомоги), а також можливість використання в тому чи іншому випадку альтернативних технологій, які приводять до аналогічного результату. Останнє зумовлено тим, що залежно від ресурсної бази медичного закладу і особливостей стану конкретного пацієнта одна й та ж профілактична технологія може здійснюватися по-різному.

Методичною основою розподілу повноважень і функцій суб'єктів різних рівнів управління якістю профілактичної допомоги слід вважати класичну модель системи якості медичної допомоги, запропоновану А. Donabedian (1988): управління якістю профілактичної допомоги як управління відповідними ресурсами, процесом (профілактичними технологіями) і результатом (як наслідком застосування профілактичних заходів). Тому моніторинг і динамічне спостереження за станом якості профілактичної допомоги вважаємо найбільш доцільним представити в аналізі ресурсного забезпечення профілактичних технологій, що здійснюють системи ліцензування і акредитації; процесу профілактичної допомоги (вибір і дотримання стандартизованих медичних технологій в кожному конкретному випадку), який відводиться органам і закладам охорони здоров'я, а також професійним медичним асоціаціям; результатив-

ності й задоволеності споживачів, який здійснюється замовниками медичних послуг (органами місцевого самоврядування, структурами і територіальними фондами обов'язкового медичного страхування), а також безпосередньо пацієнтами і медичними працівниками.

Основним принципом оцінки і контролю якості профілактичної допомоги при цьому слід вважати необхідність отримання інформації з метою прийняття управлінських рішень і підвищення ефективності діяльності відповідних об'єктів, а не покарання медичних працівників при негативних відхиленнях показників. Підвищення ролі людського фактора в забезпеченні якості профілактики можливе за умови впровадження стимулювання медичної праці шляхом диференційованих виплат за дотримання технологій і досягнуті результати.

Висновки

1. Низький рівень здоров'я і зниження обсягів профілактичних заходів свідчать про необхідність перегляду концептуальних підходів до оцінки як ролі профілактики у формуванні та збереженні здоров'я населення України, так і змісту поняття «якість профілактики».

2. Розподіл повноважень і функцій між різними рівнями управління профілактичною допомогою забезпечить отримання відповідної інформації для прийняття управлінських рішень і підвищення ефективності діяльності відповідних об'єктів управління.

Література

- Азизова Б.Г.** (2009) Отношение руководителей здравоохранения к проблемам управления качеством медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 4: 38.
- Апанасенко Г.Л.** (2003) Валеология: неизбежность новой стратегии здравоохранения. Укр. мед. часопис, 5(37): 90–92 (<http://www.umj.com.ua/article/1073/valeologiya-neizbezhnost-novoj-strategii-zdravooxraneniya>; http://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/archive/37/pdf/541_rus.pdf).
- Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике — 2003** (2004) Серце і судини, 1: 17–23.
- Еругина М.В.** (2008) Структурные и стоимостные диспропорции практической реализации программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Экономика здравоохранения, 9: 40–43.
- Кардаш В.Е., Зубович А.П.** (2009) Контроль якості в охороні здоров'я. Україна. Здоров'я нації, 1–2: 39–41.
- Корж В.П., Сорокін В.О., Башкін І.М.** (2009) Соціальна роль фізичної культури і спорту в зміцненні і підтримці здоров'я населення України. Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України, 3: 16–20.
- Лехан В.М., Зюков О.Л.** (2009) Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації, 1–2: 71–73.
- Поліщук М.Є., Красовський К.С., Андреева Т.У.** (2008) Зміни середньої очікуваної тривалості життя в Україні за останні 50 років як показник ефективності охорони громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації, 4: 54–59.

Профилактика как основа развития стоматологии (2006) Материалы XVI научно-практ. конф., XI съезда Стоматологической ассоциации России, VIII съезда стоматологов России. Москва, 2006, с. 212–214.

Ринда Ф.Ф. (2007) Актуальні проблеми формування здорового способу життя в Україні. Україна. Здоров'я нації, 1: 130–136.

Семенов В.Ю., Скворцова Е.С. (2009) Организация профилактической работы в Московской области. Здравоохранение Российской Федерации, 1: 3–7.

Щепин В.О., Пулин А.Г., Пояркова Е.С. (2008) К вопросу о реализации профилактических мероприятий в деятельности медико-санитарных частей. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 3: 30.

Donabedian A. (1988) The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 260(12): 1743–1748.

Підходи к проблеме управления качеством профилактической помощи

В.В. Горачук, Н.М. Орлова

Резюме. ЦЕЛЬ. Определить основные подходы к механизму управления качеством профилактической помощи. ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ. Материалы, характеризующие проблемы управления качеством профилактической помощи. Метод системного анализа. РЕЗУЛЬТАТЫ. Результаты исследования свидетельствуют об уменьшении объемов профилактической работы среди населения. Для решения этой проблемы предложена технология управления качеством профилактики путем сбора соответствующей информации, ее анализа, выявления отклонений от эталонных значений показателей профилактической работы и принятия управленческих решений для устранения отклонений и проведения корректирующих мероприятий. Предложен современный подход к трактовке понятия «качество профилактической помощи» с использованием системы понятий в соответствии с конкретными условиями функционирования системы здравоохранения. Представлена методика распределения полномочий и функций между различными уровнями управления профилактической помощью населению. ВЫВОДЫ. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости пересмотра концептуальных подходов к оценке роли профилактики для сохранения здоровья населения, содержания понятия «качество профилактической помощи» и распределения функций и полномочий между различными уровнями управления профилактической помощью.

Ключевые слова: управление качеством профилактики, технология управления, методика распределения полномочий.

Approaches to the problem of quality of preventive care

V.V. Gorachuk, N.M. Orlova

Summary. AIM. To identify key approaches to the quality control mechanism of

preventive care. **OBJECT and METHODS.** Materials that characterize the problem of quality of preventive care. The method of system analysis. **RESULTS.** The results showed reduction of preventive work among the population. The authors suggested preventive quality management technology by gathering relevant information, analyze it, identify deviations from the reference values of prevention activities and making management decisions to correct deviations and perform corrective

measures. Proposed modern approach to interpretation of the concept of «quality of preventive care». Techniques of separation of powers and functions between different levels of preventive care. **CONCLUSIONS.** The analysis showed the need for review of conceptual approaches to evaluate the role of prevention to maintain health, the term «quality of preventive care» and distribution functions and powers between different levels of preventive means.

Key words: management of quality of prevention, technology of management, methods for separation of powers.

Адреса для листування:

Горачук Вікторія Валентинівна
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
Національна медична академія
післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика МОЗ України
E-mail: gorachuk@online.ua

Реферативна інформація

Двойные дозы клопидогрела демонстрируют более высокую эффективность в профилактике коронарных событий

Острый коронарный синдром — клиническое состояние, позволяющее подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. В его основе лежит нарушение коронарного кровотока, связанное с нестабильностью просвета коронарной артерии. Клопидогрел и ацетилсалициловая кислота наиболее часто используются в терапии острого коронарного синдрома, а также являются препаратами профилактики нежелательных коронарных событий после операции коронарного стентирования, таких как инфаркт миокарда, тромбоз стента и инсульт (<http://www.umj.com.ua/article/885>). Актуальность исследования эффективности клопидогрела в профилактике послеоперационных коронарных событий обусловлена высокой частотой развития резистентности к ацетилсалициловой кислоте.

Для определения эффективности применения двойной дозы клопидогрела по сравнению со стандартной, а также для сравнения эффективности применения высокой и низкой дозировок ацетилсалициловой кислоты было проведено рандомизированное факториальное сравнительное исследование среди пациентов с острым коронарным синдромом, перенесших коронарное стентирование. 25 086 пациентов из 597 центров в 39 странах были рандомизированы на группы получавших двойную (600 мг в первый день, 150 мг в течение первых 2–7 дней, далее 75 мг в сутки) или стандартную дозу (300 мг в первый день, далее по 75 мг в сутки) клопидогрела и высокую (300–325 мг в сутки) или низкую дозу (75–100 мг в сутки) ацетилсалициловой кислоты. В качестве первичной конечной точки был выбран риск смертельного исхода как следствие сердечно-сосудистой патологии, развития инфаркта миокарда и инсульта в течение 30 дней. 8560 участников получали двойную и 8703 — стандартную дозу клопидогрела (8558 и 8702 соответственно завершили 30-дневное исследование). 8624 пациента получали высокую и 8639 — низкую дозу ацетилсалициловой кислоты (8622 и 8638 соответственно завершили 30-дневное исследование). По сравнению со стандартной дозировкой применение двойной дозы клопидогрела снижало уровень первичной конечной точки (330 случаев [3,9%] против 392 [4,5%]), скорректированное отношение риска (ОР) 0,86; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,74–0,99; $p=0,039$. Кроме того, реже выявляли тромбоз стента (58 случаев [0,7%] против 111 [1,3%]; ОР 0,54; ДИ 0,39–0,74; $p=0,0001$). Результаты применения высоких и низких доз ацетилсалициловой кислоты почти не отличались (356 [4,1%] против 366 [4,2%]; ДИ 0,98; ОР 0,84–1,13; $p=0,76$). Данное исследование позволило сделать вывод о том, что применение высоких доз клопидогрела по сравнению со стандартной дозировкой позволяет снизить вероятность развития нежелательных коронарных событий и может быть рекомендовано к применению у пациентов с острым коронарным синдромом, у которых было проведено коронарное стентирование. Однако, учитывая связь применения двойной дозы клопидогрела с повышенным риском развития геморрагических осложнений, увеличение продолжительности такой антитромбоцитарной терапии обосновано только у пациентов групп высокого и очень высокого риска.

По материалам www.thelancet.com; www.nejm.org

Опера о микробе, который живет в переднем зубе женщины, и о самой женщине

30 сентября 2010 г. в Гарвардском университете состоялось вручение 20-й Шнобелевской премии, присуждаемой за научные достижения, которые сначала вызывают смех, а затем заставляют задуматься.

Крайне «полезным» было признано открытие группы британских ученых из Keele University, доказавших, что ругательства и проклятья снижают чувствительность к боли. Хотя бывают и исключения, отметили лауреаты премии, обогатившей мир.

Шнобелевская премия в области медицины досталась голландцам — вместо ругательств они нашли более современный способ помощи, предложив лечить астму катанием на американских горках.

Антинобелевская премия в здравоохранении досталась в этом году американцам — жюри присудило ее департаменту здоровья и безопасности в промышленности города Форт Детрик в штате Мериленд, доказавшему, что микробы «прилипают» к бороде. Исследование проводилось с использованием манекенов с бородами из натурального волоса, а также настоящих цыплят и гвинейских свиней. Эта скрупулезная и дорогостоящая работа была проделана за государственный счет, правда, до великой рецессии — в 1967 г.

Шнобелевскую премию в области физики получило «открытие» новозеландского Университета Отаго, ученые которого доказали, что если надевать носки не на ногу, а поверх обуви, это предохраняет от падения на льду.

А в номинации «Экономика» «победили» топ-менеджеры финансовых и страховых гигантов — Goldman Sachs, AIG, Lehman Brothers, Bear Stearns, Merrill Lynch и Magnetar — «за изобретение и распространение уникального способа максимизировать прибыль и минимизировать финансовые риски», которые способствуют процветанию мировой экономики.

Пожалуй, это единственная несмешная номинация — ведь именно эти учреждения, обанкротившиеся или выкупленные за деньги налогоплательщиков, положили начало глобальному кризису, переросшему в самую затяжную рецессию развитых экономик.

Как сообщили организаторы этого мероприятия, представляющего собой юмористическое шоу, нынешняя церемония проходила под знаком бактерии, микроба или бациллы.

По традиции, вступительная речь была ограничена 60 секундами, представление научной идеи — 24 секундами, а на объяснение, как понята эта идея, отведено всего 7 слов.

В программе нынешней церемонии также была заявлена «Микроопера Бактериальная», либретто которой повествует о микробе, который живет в переднем зубе женщины, и о самой женщине.

По традиции Шнобелевские премии вручаются в преддверии оглашения лауреатов настоящей Нобелевской премии. Несмотря на пародийность гарвардской традиции, уже по меньшей мере пять настоящих нобелевских лауреатов подтвердили свое участие в церемонии и готовность вручить антинобелевские призы.

По материалам www.rian.ru