

В.А. Сміянов (Суми)

ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ОСНОВІ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Сумський державний університет

Сформовано загальну систему основних детермінант забезпечення якості медичної допомоги в Україні. Проведено аудит стану здоров'я і аудит задоволеності диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією в медичних закладах м. Суми. Запропоновано організаційні заходи для підвищення ефективності управління якістю медичної допомоги таким хворим.

Ключові слова: внутрішній аудит, артеріальна гіпертензія, управління якістю медичної допомоги.

Вивчення процесів діяльності закладу охорони здоров'я, їх відповідності встановленим критеріям/стандартам медичного обслуговування, тобто удосконалення системи забезпечення якості медичної допомоги, що базується на оптимізації внутрішніх механізмів управління, здійснюється в рамках процедури внутрішнього аудиту.

Метою внутрішнього аудиту надання медичної допомоги є забезпечення необхідною інформацією менеджменту закладів охорони здоров'я.

Основними завданнями внутрішнього аудиту є: виявлення проблеми надання медичної допомоги; визначення мети і розробка стандартів якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я; виявлення причин низької якості медичного обслуговування; розробка заходів для поліпшення якості та їх впровадження; оцінка якості медичної допомоги після впровадження заходів, розроблених у процесі внутрішнього аудиту.

Незважаючи на багатолітній досвід аудиту в зарубіжних системах охорони здоров'я [2;3;8;9], в Україні механізми внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я для побудови оптимальної системи управління якістю медичної допомоги використовуються мало [1;4–7].

Мета роботи – обґрунтувати гіпотезу щодо підвищення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я за допомогою внутрішнього аудиту.

Матеріали та методи

При проведенні дослідження використано методи моделювання, синтезу та наукової абстракції, систем-

но-структурного аналізу, аналітичний, графічний, соціологічний.

Результати дослідження та їх обговорення

Загальна система основних детермінант забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я України складається з чотирьох груп факторів (рис.).

Розглянувши чотири групи факторів системи основних детермінант забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я України ми дійшли таких висновків:

- фактори групи «управління/організація на рівні держави» динамічно розвиваються і впливають на процеси забезпечення якості у сфері охорони здоров'я. Так, впроваджений порядок контролю якості, який є вертикально організованою функціональною системою, що включає всі рівні управління – від МОЗ до окремих лікувальних закладів; прийнята Галузева програма стандартизації медичної допомоги до 2020 року, розроблена та впроваджена «Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини», розроблений Державний формуляр лікарських засобів [1;2;5];
- сучасний економічний стан економіки унеможливує суттєве збільшення ресурсної складової підвищення якості медичного обслуговування,

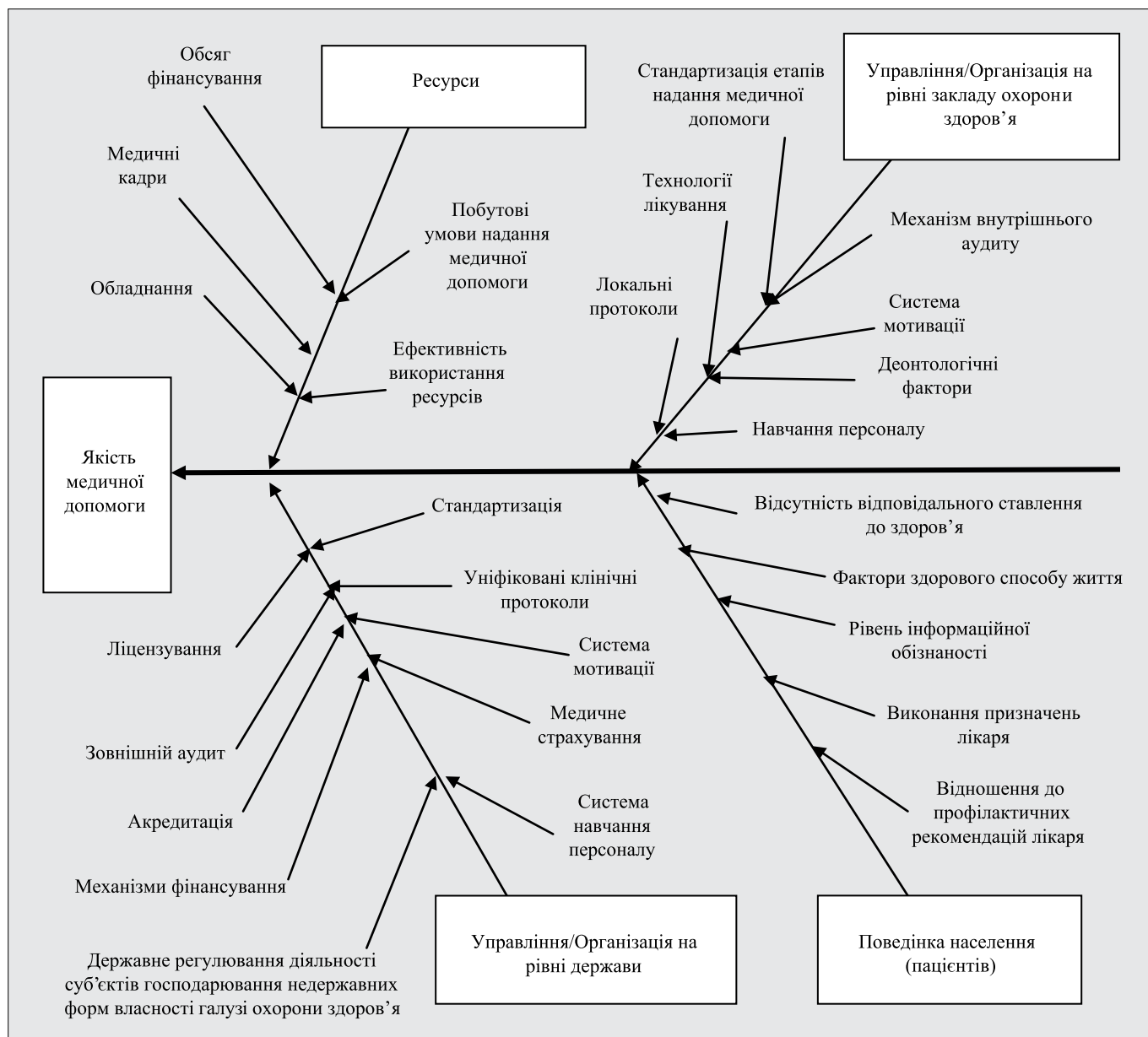


Рис. Загальна система основних факторів забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я України

тому актуальними є питання ефективного використання ресурсів;

- зміна ставлення населення на користь здоров'я-зберігаючих мотивацій потребує тривалого часу (10–20 років і більше);
- впровадження системи управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, на наш погляд, є найактуальнішим і перспективним напрямом для швидких змін у підвищенні якості медичного обслуговування, оскільки заклад охорони здоров'я має сьогодні значний потенціал динамічного і гнучкого реагування на зміни потреб охорони здоров'я у сфері якості, що використовується не в повному обсязі.

Відповідно, з метою підвищення якості надання медичної допомоги в Україні необхідно розробити і впровадити систему управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.

Для підвищення ефективності практичного впровадження механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я нами запропоновано таку класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу й перевірки.

Перша група – аудит структури – включає такі види: фінансово-економічний аудит, аудит кадрового забезпечення, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації.

Друга група – аудит процесу – включає такі види: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-

методичний аудит, аудит впровадження медичних технологій та обладнання.

Третя група – аудит результату – включає такі види: аудит задоволеності пацієнтів і медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнта, аудит показників здоров'я населення.

Вибір виду внутрішнього аудиту визначають особливості його проведення, а саме: підбір фахівців, які входять до робочої групи; обсяг первинної документації для збору інформації; елементи внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я, які потребують змін.

Нами проведено аудит результату, а саме: аудит стану здоров'я та аудит задоволеності диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією в закладах охорони здоров'я м. Суми. Дослідження проведено на базі Сумської клінічної лікарні № 4 і Сумської клінічної лікарні № 5 на 20 лікарняних дільницях загальної практики / сімейної медицини.

Мета дослідження – виявлення рівня задоволеності, поінформованості диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією в м. Суми щодо перебігу їх захворювання, виконання заходів з профілактики, діагностики і лікування; а також використання отриманої інформації у процесах управління якістю медичної допомоги.

Завдання дослідження:

- визначення ступеня виконання рекомендацій лікаря загальної практики / сімейного лікаря;
- характерні причини невиконання диспансерними хворими з артеріальною гіпертензією заходів з профілактики та лікування;
- розробка практичних рекомендацій щодо поліпшення якості медичної допомоги диспансерним хворим з артеріальною гіпертензією.

У дослідженні взяли участь лікарі-інтерни та студенти старших курсів медичного інституту, які спільно з дільничними медичними сестрами відвідували диспансерних хворих вдома. Хворі дуже позитивно сприйняли відвідування студентів. Усього відвідали і обстежили 2019 хворих з артеріальною гіпертензією (29,17% чоловіків, 70,83% жінок). Загальна чисельність диспансерної групи хворих з артеріальною гіпертензією на 20 лікарняних дільницях дорівнювала 3432 особи. Частка групи аудиту – 58,83%. Одночасно з анкетуванням вимірювали артеріальний тиск, проводили профілактичну бесіду з хворими та членами їхньої родини щодо модифікації стилю життя, факторів ризику, можливих ускладнень хвороби; взяли дозволи на використання персональних даних хворих з артеріальною гіпертензією (номери мобільних телефонів).

Анкети хворих з артеріальною гіпертензією опрацювали за допомогою програми ОСА.

Віко-стативна характеристика диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією, які взяли участь в опитуванні, наведена в таблиці (абс.).

Аналіз отриманої в ході моніторингу інформації показав, що у 1776 (87,96%) опитуваних були тонометри, проте у 242 (11,98%) їх не було.

Більшість опитаних контролювали артеріальний тиск. Так, 1272 (63,00%) хворих регулярно проводили контроль тиску; 585 (28,97%) – вимірювали тиск нерегулярно; 162 (8,03%) – не вимірювали протягом року взагалі.

Високий рівень консультативної підтримки хворих засвідчили такі дані: переважна більшість опитаних – 1958 (96,97%) – підтвердили отримання детальної інформації про власну хворобу в поліклініці.

Медикаментозне лікування призначене 1887 (92,96%) хворим.

За результатами опитування, у 585 (28,97%) хворих з артеріальною гіпертензією були кризи в аналізованому періоді. Дільничного лікаря викликали 243 (12,03%) опитувани, невідкладну медичну допомогу – 101 (5,00%) особа, стаціонарне лікування проходили 222 (10,99%) хворі.

Серед факторів ризику хворі назвали: стреси – 1029 (50,96%), підвищену масу тіла та спадковість щодо артеріальної гіпертензії у родичів I ступеня спорідненості – 444 (21,99%), підвищений рівень холестерину – 565 (27,98%), недостатню фізичну активність – 303 (15,00%), тютюнокуріння – 262 (12,97%) (загальна сума часток перевищила 100%, оскільки хворі вказували на декілька факторів ризику).

Серед опитаних 1534 (75,97%) хворі вказали на наявність супутньої патології, а 485 (24,03%) – на її відсутність. Серед супутніх захворювань найпоширенішими були хвороби серця – 1249 (61,86%); цукровий діабет – 303 (15,00%); хвороби нирок – 222 (11,00%); цереброваскулярні хвороби – 204 (10,10%); ретинопатія – 141 (6,98%); оклюзивні ураження артерій – 123 (6,09%).

У 2012 р. 847 (41,96%) опитаних диспансерних хворих відвідали дільничного лікаря більше ніж 2 рази, 204 (10,10%) – 2 рази; 323 (16,09%) – 1 раз; 645 (31,94%) – 0.

У 2012 р. більшість опитаних проходили такі лабораторні методи обстеження: контролювали рівень холестерину та загальний аналіз крові – 1246 (61,86%), загальний аналіз сечі – 1090 (53,98%), рівень глікемії – 928 (45,96%), рівень креатиніну – 666 (32,98%) хворих.

Щодо інструментальних методів обстеження у 2012 р., то електрокардіографія проведена 1776 (87,96%) диспансерним хворим з артеріальною гіпертензією, флюорографія – 1514 (74,98%), ультразвукове дослідження – 1352 (66,96%) особам.

Консультації спеціалістів отримала така кількість хворих:

- кардіолога – 1677 (83,06%);
- офтальмолога – 946 (46,95%);
- невролога – 908 (44,97%);

Таблиця
Віко-статева характеристика аудиту поінформованості
диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією

Вікова група (років)	Стать	Чисельність населення, яке обслуговується на лікарських дільницях
18–29	Чол.	89
	Жін.	109
	Обидві статі	198
30–39	Чол.	104
	Жін.	152
	Обидві статі	256
40–49	Чол.	137
	Жін.	377
	Обидві статі	514
50–59	Чол.	132
	Жін.	385
	Обидві статі	517
60 і старші	Чол.	127
	Жін.	407
	Обидві статі	534
Усього		2019

- ендокринолога – 787 (38,98%);
- уролога – 424 (21,00%);
- нефролога – 121 (5,99%);
- серцево-судинного хірурга – 323 (16,00%).

Інформацію про хворобу отримали від сімейного лікаря 1695 (83,95%) пацієнтів, від медичної медсестри – 908 (44,97%), з газет і по телевізору – 343 (16,98%), від знайомих – 202 (10,00%) (загальна сума часток перевищила 100%, оскільки хворі вказали на декілька каналів інформації).

На час відвідування у 1315 (65,13%) хворих був підвищений артеріальний тиск.

Серед опитаних 1842 (91,23%) особи вказали, що поінформовані про Державну програму щодо забезпечення антигіпертензійними ліками. А 1835 (90,88%) опитаних зазначили, що їм виписували рецепти для лікування артеріальної гіпертензії з частковим відшкодуванням коштів, при цьому майже 752 (37,24%) не використовували ці рецепти за призначенням. Основними причинами такої ситуації хворі назвали: «забуваю» – 1346 (66,66%); «не маю часу» – 277 (13,72%), «приймаю інші ліки» – 396 (19,62%).

Проте, незважаючи на високий рівень поінформованості хворих про перебіг артеріальної гіпертензії і можливі ускладнення, 1962 (97,18%) пацієнти вказали на недостатній рівень їх відповідальності за власне здоров'я. Лише 962 (47,65%) опитувані регулярно приймали ліки, 674 (33,38%) – нерегулярно приймали ліки; 384 (19,02%) – взагалі їх не приймали.

Основні причини нерегулярного приймання ліків такі: «забуваю» – 976 (48,34%), «висока вартість медикаментів» – 545 (27,20%), «не хочу» – 284 (14,06%), «не допомагає» – 214 (10,40%).

Висновки

1. Моніторинг хворих з артеріальною гіпертензією, які перебували на диспансерному обліку в лікаря загальної практики / сімейного лікаря, показав, що основними причинами незадовільного ставлення хворих до власного здоров'я були нерегулярний контроль тиску, нерегулярний прийом ліків; невідвідування лікаря загальної практики / сімейного лікаря з профілактичною метою.

2. Основними причинами нерегулярного приймання ліків і контролю тиску були: «забуваю» – 48,34%; «не бажаю лікуватися» – 14,06%.
3. Основною причиною гіпертонічних кризів хворі вважали стреси (50,96%).
4. Майже всі опитувані зазначили, що їм лікарі виписували безкоштовні рецепти на антигіпертензійні препарати, але 37,4% хворих не використовували їх за призначенням («забуваю» – 66,66%; «не маю часу» – 13,72%, «приймаю інші ліки» – 19,62%).
5. На основі отриманих результатів моніторингу ми розробили та впровадили наказами по закладах такі організаційні заходи:
 - 1) розробка та впровадження технології нагадування – середній медичний персонал або студенти медичного інституту щотижня у телефонному режимі нагадують диспансерним хворим: а) час профілактичного візиту в поліклініку; б) необхідність регулярного прийому ліків; в) необхідність контролю артеріального тиску; г) необхідність обстеження і отримання консультацій;
 - 2) розробка та забезпечення усіх хворих з артеріальною гіпертензією «Журналом спостережень з артеріальною гіпертензією», який складається з таких елементів (розділів): щоденник самоконтролю артеріального тиску; пам'ятка щодо факторів ризику та профілактичних заходів; дієтичні рекомендації щодо правильного вибору продуктів харчування; щоденник самоконтролю приймання ліків;
 - 3) розробка технічних умов і системи оберненого зв'язку для створення програми нагадування за допомогою SMS-повідомлень (для цього у пацієнтів отримано згоду на використання їх персональних даних – номерів мобільних телефонів);
 - 4) робота з членами сім'ї хворих з артеріальною гіпертензією щодо факторів ризику, особливий акцент зроблено на взаємовідносини у сім'ї, небезпеку стресів, необхідність модифікації способу життя.

Список літератури

1. *Вороненко Ю. В.* Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у систему управління якістю медичної допомоги / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук // Укр. мед. часопис. – 2012. – № 5. – С. 108–110.
2. *Индейкин Е. Н.* Клинический аудит: опыт Великобритании / Е. Н. Индейкин // Качество мед. помощи. – 2002. – № 2. – С. 45–53.
3. *Клинический аудит качества медицинской помощи больным артериальной гипертонией в поликлинике города Саратова с использованием компьютерной информационно-аналитической системы* / О. М. Посненкова, В. И. Гриднев, А. Р. Кисилев, В. А. Шварц // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 548–554.
4. *Москаленко В. Ф.* Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст: монографія / В. Ф. Москаленко. – К.: Книга-плюс, 2008. – 320 с.
5. *Основи організації та управління системою охорони здоров'я* / Б. П. Криштопа [та ін.] // Панорама охорони здоров'я населення України. – К.: Здоров'я, 2003. – С. 100–115.
6. *Степаненко А. В.* Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / А. В. Степаненко, В. А. Сміянов // Західноєвроп. журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3. – С. 64–67.
7. *Ярош Н. П.* Проблеми та завдання у сфері впровадження державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню України / Н. П. Ярош // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3. – С. 63–67.
8. *Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study* / E. Lopez-Garcia, J. Dallongeville, J. R. Banegas [et al.] // Eur. Heart J. – 2011. – № 32 (17). – P. 2143–2152.
9. *Bullough C.* Клинический аудит: уроки, полученные из систематического анализа случаев на соответствие оказываемой помощи четким критериям / C. Bullough, W. Graham / Principles for best practice in clinical audit. – Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.09.2013 р.

**Практические подходы к управлению
качеством медицинской помощи
на основе внутреннего аудита
в заведении здравоохранения**

V.A. Smejanov (Сумы)

Сформирована общая система основных детерминант обеспечения качества медицинской помощи в Украине. Проведен аудит состояния здоровья и аудит удовлетворенности диспансерных больных артериальной гипертензией в медицинских учреждениях г. Сумы. Предложены организационные меры по повышению эффективности управления качеством медицинской помощи таким больным.

Ключевые слова: внутренний аудит, артериальная гипертензия, управления качеством медицинской помощи.

**Practical approach towards quality
of health care management
based on internal audit
in health care facilities**

V.A. Smiyanov (Sumy)

General system of principal determinants of quality assurance of medical services in Ukraine was formed. Audit of dispensary patients with arterial hypertension state of health in medical care facilities and audit of patients' satisfaction was conducted. Some organizational arrangements were proposed to improve efficiency of quality of health care management concerning patients with arterial hypertension in health care facilities.

Key words: internal audit, arterial hypertension, medical care quality management.