

ОГЛЯДИ

УДК 616.31(048)

*А. Г. Крячко, к. мед. н.,
І. Г. Романенко, д. мед. н*

Військово-медичний клінічний центр Кримського регіону, клініка щелепно-лицьової хірургії та стоматології
Кримський державний медичний університет

**ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ НАДАННЯ
ЯКІСНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ**

А. Г. Крячко, І. Г. Романенко

Военно-медицинский клинический центр Крымского региона, клиника челюстно-лицевой хирургии и стоматологии

Крымский государственный медицинский университет

**ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ**

A. G. Kriachko, I. G. Romanenko

Military Medical Centre in Crimean Region,
Clinics of Maxillo-Facial Surgery and Dentistry
Crimean National Medical University

**THE WAYS OF THE IMPROVEMENT
OF QUALITATIVE DENTAL AID**

Якісна медична допомога і медичні послуги – необхідна складова життєдіяльності людини, яка забезпечує не тільки якість життя, але й можливість існування людини. У кожній людині знайдеться багато прикладів вдалого лікування та надання медичної допомоги, але й не менше прикладів та випадків незадоволеності пацієнтів з причин некомпетентності лікарів або поганого медичного устаткування чи обслуговування. Ринкові умови внесли істотні зміни і спричинили кардинальні перебудови у розумінні, сприйнятті та підході щодо надання медичних послуг. Сучасна медицина відчуває необхідність забезпечення якості у дусі ринку, тобто, задовольнити всі потреби та намагатися перевершити очікування своїх пацієнтів. Останнім часом побутує думка, що свідченням високої якості послуг є обладнання клініки. Звичайно, для того, щоб здійснити якісну процедуру край необхідною є сучасна апаратура, однак, для повноцінної послуги лише обладнання замало. Адже складовими повноцінної якісної послуги, окрім обладнан-

ня, є ще й відсутність черг, ввічливість персоналу з пацієнтами, зручність робочих годин та місце розташування, можливість отримання пацієнтом вичерпної інформації про клініку та її лікарів. Очевидно, що сьогодні тільки якісної медичної допомоги вже недостатньо. Сьогодні вимагає від медичних установ переходу від надання медичної допомоги до надання якісних медичних послуг. Про політику дотримання стандартів якості медичної допомоги. Стандарти якості лікування і діагностики (медико-технологічні стандарти) виробляються науковою і практичною медициною і слугують певним еталоном для медиків у повсякденній діяльності [1, 2].

Стандарти виступають як арбітр при необхідності порівняння отриманої медичної послуги з тією, яка повинна була б бути надана при конкретному захворюванні конкретної людини. Контроль за дотриманням стандартів якості дозволяє відслідковувати відповідність отриманої процедури визначеному, погодженому і чітко позначеному еталону. Оскільки стандарти містять набір визначених процедур і послуг, визначені переліки препаратів для лікування кожної нозологічної форми, середні (стандартні) терміни лікування, вартість яких відома, то нескладно визначити вартісну складову цих стандартів і сформувати вже медико-економічні стандарти. Це дозволяє вести грамотну економічну політику стоматологічної клініки (приватному кабінеті), планувати витрати, краще формувати медичні послуги.

У кожному лікувальному закладі повинна функціонувати комісія з експертизи якості медичної допомоги [3-5].

**Управління і контроль якості медичної
допомоги**

Розробка медико-технологічних стандартів медичної допомоги. Пошук відповіді на питання про те, яку ж медичну допомогу можна назвати якісною, що таке ефективність медичної допомоги, які критерії характеризують якість медичної допомоги, а які ефективність, приведе до схем чи стандартів медичної допомоги, формалізованим описам медичних технологій [6].

Стандартизація як система функціонує в більшості розвинутих країн, цьому процесу сприяє тенденція до спеціалізації і впровадження нових медичних технологій. За визначенням Преображенської В.С. та співавторів «*поняття «стандарти» є категорією теорії управління, у зв'язку з чим підхід до формування стандартів прямо пов'язаний з цілями (планом) і є їхньою похідною».*

Стандартизація служить інтересам і споживачів, і виробників товарів і послуг тому, що дозволяє забезпечити:

– вибір оптимального рішення, граничну економію людських і матеріальних ресурсів на виробництві;

– захист інтересів споживачів на основі стабільного забезпечення необхідного рівня якості товарів і послуг за допомогою системи атестації (акредитації);

– безпеку праці шляхом розробки і законодавчого підтвердження правил безпеки.

За рівнем у загальній ієрархії і області застосування розрізняють стандарти: локальні; регіональні; національні; міжнародні (наприклад, в галузях медицини, пов'язаних з підвищеним ризиком для працівників і пацієнтів - рентгено-радіології, стоматології, фармакології).

Стандарти можуть бути різних видів у залежності від об'єкта стандартизації, цілей і задач, що обумовлюють їхнє створення. Ґрунтуючись на підходах, прийнятих для оцінки якості, медичні стандарти класифікують у такий спосіб:

1. **Стандарти структури**, по яких визначається ресурсна база установи охорони здоров'я: матеріально-технічне забезпечення, кадри.

2. **Стандарти процесу** - визначають технологію лікування і діагностики.

3. **Стандарти результату лікування**.

До стандартів структури відносять стандарти на ресурси охорони здоров'я, стандарти організації медичних служб.

1) **Стандарти на ресурси охорони здоров'я**. Багато які з них мають міжнародний статус і містять вимоги до кваліфікації фахівців, до нерухомості й устаткування медичних установ, до використовуваних медикаментів, а також до умов їхнього застосування.

2) **Стандарти організації медичних служб і установ**. Так звані структурно-організаційні стандарти визначають систему управління, організації лікувально-діагностичного процесу, у зв'язку з чим використовуються при акредитації і ліцензуванні медичних установ.

Управління якістю медичної допомоги не можна розглядати у відриві від питань акредитації і ліцензування медичних установ.

Ліцензування - це видача державного дозволу медичній установі на здійснення нею визначених видів діяльності і послуг. Ліцензуванню підлягають усі медичні установи незалежно від форм власності.

Акредитація медичних установ - визначення їхньої відповідності встановленим професійним стандартам. Акредитації підлягають усі медичні установи незалежно від форм власності. В основі акредитації лежить оцінка компетент-

ності фахівців і інфраструктури медичних установ у порівнянні з установленими стандартами.

3) **Медико-технологічні стандарти**, які регламентують власне процес надання медичної допомоги і носять рекомендаційний характер, здобувають законодавчий характер при застосуванні методів діагностики, які можуть травмувати, і лікування, а також при наданні допомоги визначеним контингентам пацієнтів, наприклад, що страждають на соціально значущі захворювання (СНІД, туберкульоз, психічні розлади).

4) **Стандарти програм медичної допомоги** регламентують проведення комплексу медичних заходів визначеним групам пацієнтів, об'єднаних за ознаками характеру захворювання, віку, статі, професії і умов праці. Наприклад, програма диспансерного спостереження осіб, які постраждали під час ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Як правило, ці програми носять рекомендаційний характер.

Серед цих стандартів особливий інтерес представляють **стандарти кожного дня перебування хворого в стаціонарі** (алгоритм щоденної роботи лікаря по організації лікувально-діагностичного процесу для конкретного хворого), що є основною складовою контролю якості лікувально-діагностичного процесу.

5) **Медико-економічні стандарти**. Це ті ж стандарти програм, але з однією суттєвою відмінністю - у них закладена розрахункова вартість комплексу послуг, пропонованих для надання пацієнтам. Основна мета їхнього створення – визначення переліку захворювань, які підлягають лікуванню у відділеннях певного профілю і лікарнях певного рівня. Ці стандарти дозволяють розрахувати реальні тарифи, відповідно до рівня використовуваних технологій, технологічної озброєності лікувальної установи, кваліфікації медперсоналу, тобто якщо конкретне захворювання повинне бутивилікуване в лікарні з низьким тарифом, то при лікуванні в іншій лікарні тариф не міняється. У цьому випадку лікарні, які мають високотехнологічне складне сучасне оснащення, не будуть прагнути збільшувати свої обсяги за рахунок залучення "простих" технологій.

6) **Стандарти медикаментозного забезпечення** формуються шляхом розробки спеціального формуляра, тобто формулярного списку медикаментозних засобів по кожному захворюванню в розрізі клініко-фармацевтичних груп (табл.).

7) **Стандарти результату лікування**. Стандарти можуть бути прийнятими і діяти на території декількох країн (міжнародні стандарти), на території однієї країни (національні стандарти), у межах однієї галузі (галузеві стандар-

ти), у сфері діяльності одного підприємства (локальні стандарти).

Таким чином, медичні стандарти є лише важливим, але далеко не єдиним компонентом єдиного багатокомпонентного процесу медичної допомоги (медичних послуг). Специфіка цього процесу в тім, що він припускає використання найбільш ефективних за результативністю і еко-

номічністю методів діагностики і лікування на основі багатофакторного врахування всіх його сполучених ланок: існуючих методик діагностики і лікування, індивідуальних особливостей пацієнта, перебігу хвороби, а також матеріальних, кадрових та інших можливостей медичних установ (табл.).

Таблиця

Лікувально-діагностичні заходи що застосовуються при карієсі

<p>Клінічна форма — глибокий карієс постійних зубів, хронічний перебіг</p>	<p>К 02.0-02.9</p>	<p>Клінічні:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ретельне збирання анамнезу, внутрішньо ротовий огляд, запис зубної формули; 2. має практично безсимптомний перебіг; 3. можливий короткочасний біль від хімічних, температурних та механічних подразників, частіше - в місці локалізації каріозного дефекту; 4. наявність каріозної порожнини на різних поверхнях зуба, частіше - в ретенційних пунктах (місцях ретенції залишків їжі): фісурах, ямках жувальної, контактних та інших поверхонь зубів, пришийковій ділянці; 5. поява каріозної порожнини у твердих тканинах зуба відмічається через деякий час після прорізування зуба; 6. каріозна порожнина розміщена у межах навколопульпарного дентину, займає значну частину коронки зуба, дефект відкритий назовні - навислі краї емалі відламуються внаслідок їх крихкості; 7. каріозна порожнина має широкий вхідний отвір, її ширина практично однакова біля емаledo-дентинного з'єднання і поблизу пульпи; 8. краї дефекту нерівні пігментовані (жовто-коричневого, коричневого кольору); 9. при зондуванні відмічається шорсткість, розм'якшений емалі, розм'якшений дентин, що вистилає каріозну порожнину, пігментований; 	<p>I. Місцеве:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. проведення професійної гігієни порожнини рота; 2. навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота; 3. індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки; 4. призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо; 5. місцеве знеболювання (анестетики); 6. препарування каріозної порожнини; 8. пломбування каріозної порожнини: <ol style="list-style-type: none"> a. при локалізації каріозної порожнини на вестибулярній поверхні фронтальних зубів і премолярів - пломбування композитами, компомерами, склоіономерними, силікатними цементами; b. при локалізації каріозної порожнини на жувальній поверхні молярів - препарування та пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм композитом, компомером чи склоіономерним цементами; c. якщо площа каріозного ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні моляра; d. при пломбуванні композитами хімічної полімеризації, силікатними цементами - обов'язково ізолююча прокладка із фосфатцементу або склоіономерного цементу; e. покриття інших зміненого кольору ділянок фісур жувальної поверхні молярів герметиком; f. при наявності значної кількості каріозних плям і дефектів емалі - ремінералізуюча терапія з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих речовин, фторовмісних лаків тощо; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба. 2. У разі ефективності проведеного лікування - пломба повністю заповнює каріозний дефект, при зондуванні не відмічається щілини між пломбою і твердими тканинами зуба. Відновлені форма, функція та косметичні якості зуба. Відмічається стабілізація каріозного процесу, відсутність ознак вторинного карієсу. 3. У разі неефективності проведеного лікування - виникнення каріозної порожнини у межах емалі (вторинний глибокий карієс) або подальше прогресування каріозного процесу: <ol style="list-style-type: none"> a. виникнення запалення пульпи (пульпіт) або періодонта (періодонтит); b. виникнення нових осередків каріозного ураження на інших зубах. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. неуспаднений випадок - 2 доби; 2. ускладнений випадок - 3 доби;
---	---------------------------	--	---	---	---

Продовження таблиці

<p>10. зондування каріозної порожнини - малоболісне, за винятком стінок у ділянці емалево-дентинного з'єднання;</p> <p>11. реакція на перкусію - безболісна;</p> <p>12. температурна проба - можливий біль від холодного (води), що зникає відразу після усунення подразника.</p> <p>Допоміжні:</p> <p>1. рентгенографія - наявність каріозної порожнини у твердих тканинах коронки зуба;</p> <p>2. визначення порога больової електростимуляції пульпи методом електроодонтодіагностики - вона реагує больовим відчуттям на силу струму 6-12 мкА</p>	<p>g. герметизація (неінвазивна, інвазивна) фісур жувальних зубів цementsами, герметиками хімічної та світлової полімеризації;</p> <p>h. електрофорез препаратів фтору - наприклад, 1-2% розчин натрію фториду (5-6 сеансів);</p> <p>i. електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);</p> <p>j. електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо;</p> <p>k. при декомпенсованому перебігу карієсу чи поганій гігієні порожнини рота при виборі пломбувального матеріалу перевагу слід надавати склоіономерним цementsам.</p>
<p>II. Загальне:</p>	
<p>1. нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів - не більше 30 г цукру на добу;</p> <p>2. у разі необхідності (наприклад, вагітним) - призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік).</p>	
<p>РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:</p>	
<p>1. щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;</p>	
<p>2. щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;</p>	
<p>3. щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.</p>	
<p>ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА</p>	
<p>Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.</p>	

Різні послуги несуть у собі тільки їм властиві якості, потрібні споживачу. Медичні послуги містять усі п'ять різновидів якостей, відповідно до японського менеджменту, який досяг видатних результатів в стандартизації послуг:

1. **«внутрішня якість»** - непомітна для споживача (наприклад, технічне обслуговування устаткування різного типу - від лабораторних аналізаторів до стоматологічної апаратури);

2. **«матеріальна якість»** - помітна для споживача (якість і комфортність використання ліків, які купуються, якість дієтичного харчування, чистота постільної білизни і т.д.);

3. **«нематеріальна якість»** - помітна для споживача (достовірність рекламних чи друкованих оголошень, наступність між лікарями, грамотне оформлення документів і рахунків і т.д.);

4. **«час обслуговування»** - в багатьох клініках існує правило *перших двох годин* з моменту госпіталізації пацієнта, - якщо за цей час стан хворого не покращився чи, принаймні, не стабілізувався, родичі хворого вправі зажадати від адміністрації лікувальної установи скликання консилиуму лікарів чи виклику додаткового консультанта за рахунок лікарні;

5. **«психологічна якість»** - комфортність спілкування з медичним персоналом усіх рівнів, доброзичлива обстановка, терпимість до хворих з хитливою психікою і надмірною емоційністю та ін.

Навряд чи можна погодитись з авторами, які вважають, що "якість послуги рекомендується розуміти як синтез таких показників, як якість технічних засобів, що використовуються для ви-

робництва послуги, та інших матеріальних об'єктів і рівень пропонованого клієнту сервісу. Причому останній показник є вирішальним в оцінці клієнтом якості обслуговування на фірмі" [7-12].

У вищевказаному визначенні відсутня найважливіша характеристика якості будь-якої сфери послуг - відповідності очікуваної клієнтом події процедурі, яка реально відбулася. Саме в цій площині зіставлення очікуваного дійства і реальності формується підсумок оцінки якості послуги. Якщо послуга відповідає очікуванню пацієнтом установкам - пацієнт буде задоволений, якщо пропонований сервіс перевершує очікуваний - клієнт просто в захваті, але якщо послуга не підтвердила очікування - тоді неминуче розчарування клієнта чи зародження конфлікту.

Вивчення досвіду Росії, яка з початку 90-х років поступово просувається шляхом реформ в охороні здоров'я, за даними авторів Комарова Ю.М. (1997), Уваренко А.Р. (1997), медичні стандарти мають певне значення в системі контролю якості лікувально-профілактичної допомоги. Роль стандартів, а саме медико-економічних стандартів, суттєво зросла в умовах впровадження медичного страхування, що обумовлено їхнім використанням в системі *взаєморозрахунків* між суб'єктами обов'язкового і добровільного медичного страхування.

На цей час на виконання доручення Президента України від 4 березня 1998 р. №1-14/147 і за рішенням підсумкової Колегії МОЗ України від 17.02.98 р. з метою уніфікації вимог до обсягів і якості медичної допомоги в ЛПУ України розроблені і затверджені Наказом МОЗ України

№226 від 27.07.1998 р. "Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в ЛПУ України" і "Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів і критерії якості лікування дітей”.

Наказом МОЗ України № 566 від 23.11.04 р. „Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями: „ ортопедична стоматологія”, „терапевтична стоматологія”, „хірургічна стоматологія”, „ортодонтія”, „дитяча терапевтична стоматологія”, „дитяча хірургічна стоматологія” на виконання спільного наказу МОЗ України та Академії медичних наук України № 222/33 від 28.04.04р. № 423/59 від 11.09.03 з метою покращення надання стоматологічної допомоги населенню України впроваджена системи організації і порядку контролю якості стоматологічної допомоги.

Наказом МОЗ України № 502 від 28.12.2002 р. „Про затвердження Тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно – поліклінічних закладів” .

Наказ МОЗ України № 305 від 22 листопада 2000 р. „Про затвердження Критеріїв медико – економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II, III рівнях (амбулаторна допомога)” .

Виконання всього обсягу робіт по створенню стандартів медичних технологій здійснювалося головними фахівцями МОЗ України (формалізований опис лікувально-діагностичних заходів, кінцевих результатів лікування, термінів лікування по всім нозологічним формам захворювань з урахуванням медичного профілю) і фахівцями Українського інституту громадського здоров'я (науково-методичне обґрунтування, розробка структурно-функціональних основ стандарту, критеріїв якості лікування, координаційна діяльність по їхньому створенню).

На думку Степаненка А.С. (2000р.), розроблені медичні стандарти за рівнем впровадження є галузевими, за сферою застосування - це стандарти спеціалізованої і високоспеціалізованої медичної допомоги. Також вони є технологічними, тому що визначають види, обсяги медичної допомоги і кінцеві результати лікування.

Впровадження галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги спрямовано на забезпечення хворому гарантованого рівня й обсягу медичної допомоги відповідної якості, нижче якого надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних установах України неприпустимо.

Стандарти розроблялися з урахуванням етапності надання медичної допомоги, тому ЛПУ

умовно розділялися на установи: II рівня (районні лікарні, центральні районні і міські лікарні); III рівня (обласні лікарні, стаціонари диспансерів); IV рівня (клініки, центри, що виконують функцію головної державної установи по організації і наданню медичної допомоги населенню).

Розробка уніфікованих стандартів медичних технологій здійснювалася по медичних службах (профілях), основу переліку яких складає номенклатура лікарських спеціальностей.

Стандарти лікувально-діагностичного процесу розроблені у відповідності з наступною структурою:

1. Найменування нозологічних форм та їхніх груп відповідно до Міжнародної класифікації хвороб Десятого перегляду (МКХ-10);

2. Перелік і кратність обов'язкових досліджень з урахуванням відповідного рівня надання медичної допомоги в ЛПУ;

3. Перелік лікувальних заходів відповідно до рівня надання медичної допомоги в ЛПУ;

4. Вимоги до результатів лікування;

5. Середня тривалість лікування.

3 жовтня 2001 року Україна визнала ряд міжнародних стандартів якості EN ISO 9000:2000. Стандарти серії EN ISO 9000:2000 опубліковані міжнародною організацією стандартизації ISO і являють собою специфікації систем якості з чітко визначеними вимогами до даної системи управління якістю. Значення адаптації цих стандартів управління якістю в сфері медичних послуг важко переоцінити, оскільки вони дають ту відсутню в нашій системі охорони здоров'я ланку, без якої система довгий час відчувала суперечливі тенденції і не могла плідно розвиватися.

У першу чергу, міжнародний стандарт визначає пріоритетність в області надання послуг. Так, відповідно до стандарту ISO 9000:2000 якість у будь-якій її формі визначається як ступінь, до якого набір властивих характеристик відповідає вимогам споживача.

Таким чином, оцінка якості медичних послуг і медичної допомоги перестає бути прерогативою експертів охорони здоров'я на різних її рівнях. Якість медичних послуг у більшому ступені повинна оцінюватися споживачами цих послуг.

Українські уніфіковані стандарти медичних технологій, за задумом провідних організаторів охорони здоров'я України, повинні являти собою складові ланки єдиного технологічного процесу надання медичної допомоги відповідно до фінансових, кадрових технологічних та інших можливостей медичних установ України.

При цьому малося на увазі, що елементом чи «технологічною одиницею» надання медичної допомоги повинні стати прораховувані лабора-

торні, функціональні, рентгенологічні й інші методи діагностичного дослідження, медикаментозне і немедикаментозне лікування, реабілітаційні заходи, що здійснюються відповідно до встановлених традицій медичної практичної діяльності та інструктивних матеріалів надання медичної допомоги, затвердженими на галузевому рівні.

На жаль, цій чудовій ідеї не вдалося цілком втілитися в життя. За даними проведеного опитування заступників головних лікарів з лікувальної роботи і завідувачів відділень ЛПУ до 83 % опитаних не мають чіткого уявлення про призначення вищевказаних стандартів, 75 % опитаних вважають дотримання стандартів зазіханням на незалежне мислення і діяльність лікаря.

В умовах підготовки системи охорони здоров'я до переходу на систему обов'язкового медичного страхування галузеві стандарти медичних технологій можуть бути документом для оцінки страховою компанією необхідних обсягів і якості медичної допомоги, що надається лікувальною установою.

Стандарти медичних технологій є технологічним і правовим документом гарантованості обсягів і видів медичної допомоги хворим, служать захистом прав пацієнта і медичних працівників, принципів рівноправності при одержанні медичної допомоги.

Увесь пакет стандартів медичних технологій підлягає обов'язковому перегляду головними фахівцями МОЗ України один раз на рік, а за необхідності - протягом року за офіційною вимогою головного фахівця з кожного окремого розділу. Тільки за таких умов стандарти будуть служити гарантом надання відповідних видів і обсягів медичної допомоги населенню і будуть сприяти підвищенню якості й ефективності медичної допомоги, раціональному використанню ресурсів, впровадженню нових медичних технологій.

Розроблено і затверджено МОЗ України стандарти державної акредитації установ охорони здоров'я України, наказ № 92 від 24.02.2007р «Про затвердження Критеріїв (умов) державної акредитації лікувально-профілактичних закладів».

Стандарти акредитації лікувально-профілактичних установ включають структурні стандарти, що визначають необхідні ресурси (кадри, забезпечення медичним обладнанням, вимоги до споруди лікувально-профілактичної установи та ін.); процесуальні стандарти, що висвітлюють процес здійснення лікувально-діагностичних заходів і обумовлюють наявність в ЛПУ стандартів медичних технологій; стандартів кінцевого результату (якості та ефективності лікування). Стандарти розробляються відповідно для трьох рівнів надання медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної). Діяльність уста-

нов охорони здоров'я оцінюється відповідно до стандартів за бальною системою. За сумою набраних балів установи охорони здоров'я одержують відповідну категорію акредитації. Рішення про акредитацію оформляється у вигляді сертифіката.

Стандарти медичних технологій використовуються в системі державної акредитації установ охорони здоров'я як один із критеріїв оцінки їх діяльності відповідно до рівня надання медичної допомоги.

Таким чином, акредитація установ охорони здоров'я, алгоритмізація медичної діяльності є діючим компонентом в управлінні контролем якості, їхня роль буде зростати в умовах переходу до системи медичного страхування, в умовах ринкових відносин у суспільстві. В даний час відбувається становлення моделі системи охорони здоров'я, на формування якої впливає зміна форм власності, поява недержавних форм медичних закладів, стосовно яких існуюча раніше система контролю якості стає малоефективною. Цей шлях складний, зміни носять поступальний характер.

Впровадження системи державної акредитації установ охорони здоров'я, галузевих стандартів медичних технологій обумовило появу нових принципів контролю якості діяльності лікувальних установ, медичних працівників і медичної допомоги, яка надається населенню. Зміни, які відбуваються в системі охорони здоров'я, обумовлюють необхідність вдосконалювання процесу управління в галузі.

Управління процесом якості медичної допомоги в суспільно-солідарному секторі.

Охорона здоров'я як галузь народного господарства, повинна фінансуватися по розрахованим «соціально-економічним нормативам», що умовно поділяються на 3 групи:

- 1) стандарти - у кількісному вираженні відображають рівень необхідної медичної допомоги (наприклад, число повторних ЕКГ-обстежень, аналізів крові протягом перебування у стаціонарі);
- 2) нормативи ресурсного забезпечення, розраховані на 1000 відвідувань, на 10 000 тисяч жителів (число лікарняних ліжок, число лікарів і т.д.);
- 3) нормативи трудовитрат медичного персоналу.

Постійно знаходячись у ролі активного прохача бюджетних коштів, медична установа справно і з певним ступенем готовності надає в органи управління охороною здоров'я потрібну їм для «правильної» звітності статистику.

З іншого боку, низький рівень заробітної плати (нижче середньої заробітної плати в промисловості), незадоволеність професійних амбіцій, чому чимало сприяло убоге (у порівнянні з

ресурсозабезпеченням елітних медичних установ) оснащення ряду муніципальних медичних установ, жорстка регламентація діяльності неминуче приводять до свідомо низької самооцінки.

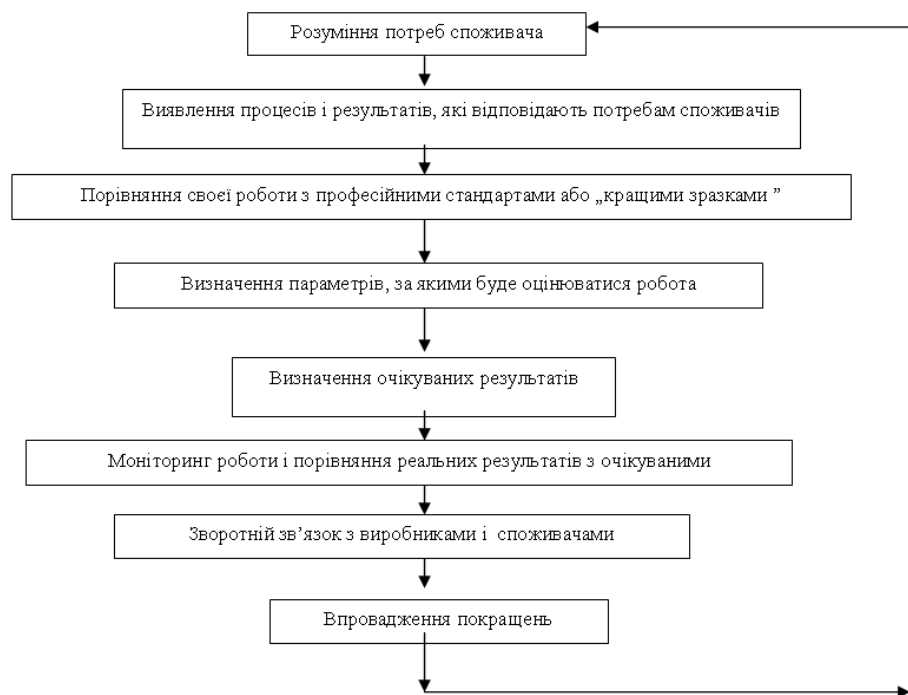
У цих умовах введення навіть незначних нових організаційних змін, а тим більше планування кардинальних перетворень у вигляді добровільного медичного страхування чи формування нового сектора додаткової медичної допомоги не викликає в керівників ЛПУ захвату; тривога і неприйняття підсилюються з думкою про необхідність інтенсивного коректування організаційної, функціональної і економічної діяльності.

Проте, очевидний той факт, що в нових умовах роботи медичні установи за короткий термін повинні пристосувати функції й організаційну структуру до нових медичних і фінансових технологій.

Традиційна модель забезпечення якості служить міцним фундаментом, на основі якого можна побудувати цілком сучасну програму управління якістю. При цьому традиційну модель можна помітно поліпшити, додавши до неї такі елементи як системне мислення, орієнтація на споживача і теорія удосконалювання систем і процесів.

По-перше, системне мислення пропонує методи оцінки і управління роботою, спрямовані на досягнення ясних і конкретних результатів. В традиційній моделі забезпечення якості цей важливий інгредієнт відсутній. Не маючи перед собою об'єднуючої мети, адміністрація і виробники медичної допомоги ризикують сформувати розрізнену, погано керовану медичну мережу. Роздробленість медичної мережі, у свою чергу, рано чи пізно приведе до неузгодженої і неефективної роботи. Для досягнення загальних організаційних цілей необхідно, насамперед, виявити потреби споживачів діяльності ЛПУ, виробити уніфіковане уявлення по цілях і задачах організації і довести загальні цілі і задачі до відома всіх учасників ЛПУ.

Другим основним елементом сучасної програми управління якістю є орієнтація на споживача. Імпульс традиційному забезпеченню якості багато в чому додавала необхідність дотримання вимог регулюючих і акредитуючих органів за відсутності ясного розуміння потреб споживачів (членів, покупців, виробників). Сучасна програма управління якістю виявляє ключових споживачів, визначає їхні об'єктивні потреби й удосконалює робочі процеси таким чином, щоб вони максимально відповідали цим потребам.



Мал. Сучасна модель управління якістю.

Третім компонентом, що значно підсилює традиційну модель забезпечення якості, є теорія удосконалювання процесів. Згідно з Моєном і Ноланом, є три фундаментальних питання, що дозволяють визначити напрямок зусиль по вдосконалюванню робочих процесів.

1. Чого ми домагаємося? Інформація, отримана в результаті вивчення потреб споживачів, нинішньої структури процесу і кінцевих результатів роботи та бажаних результатів, допоможе ЛПУ відповісти на це питання.

2. Як ми довідаємося, що зміни дійсно приведуть до поліпшення роботи? Спланувавши очікувані результати, перш ніж планувати зміни, ЛПУ надалі буде краще розуміти, чи дійсно заплановані зміни приведуть до поліпшення роботи і зведуть до мінімуму ймовірність помилково прийняти показники обсягів за показники якості.

3. Які зміни допоможуть досягнути бажаних результатів? Для дослідження і впровадження нововведень використовується чотирифазний замкнутий цикл: «план - проба - вивчення - дія – модель», запозичений з теорії експерименту, який дозволяє ефективно досягати бажаного результату методом проб і помилок. Використання слова "вивчення" замість традиційного "перевірка" для позначення третьої фази циклу покликано підкреслити її основне призначення: поповнити знання. Чим більше ми знаємо, тим точніше можемо спрогнозувати, чи приведе зміна нинішнього процесу до поліпшення роботи.

Сучасна модель управління якістю. На мал. представлена схема сучасної моделі управління якістю, у якій традиційна система забезпечення якості повною мірою доповнена новими підходами, описаними вище.

Тому якість результату можна оцінювати на трьох рівнях:

1. Стосовно конкретного хворого — у цьому випадку оцінюється, наскільки результати, досягнуті при лікуванні даного пацієнта, близькі до можливих результатів його лікування з урахуванням клінічного діагнозу, віку, інших біологічних факторів.

Одним з основних параметрів, що характеризують якість результату лікування хворого, є результат його лікування. Раніше було прийнято виділяти три результати госпіталізації: "видужання", "переведення", "смерть". В даний час стаціонари переходять до системи оцінки результату лікування, у якій виділяють "видужання", "поліпшення", "без змін", "погіршення", "переведення", "смерть". В амбулаторно-поліклінічних закладах виділяють наступні результати спостереження: "видужання", "ремісія", "переведення в інше ЛПУ", "інвалідизація", "смерть".

2. Якість результату також може оцінюватися стосовно усіх хворих, що звернулись в ЛПУ за будь-який період (як правило за рік). У недавньому минулому тільки ця складова вважалася «якістю медичної допомоги». В практиці лікувальних установ використовується безліч параметрів, що характеризують якість результату лікування. Особливе місце серед них займають: летальність, післяопераційна летальність, частота післяопераційних ускладнень.

3. Якість результату можна оцінювати стосовно населення в цілому. В цьому випадку прийнято говорити про якість результату медичного обслуговування населення. Цей рівень оцінки якості результату характеризують такі параметри, як показники здоров'я населення (захворюваності, смертності, дитячої смертності, народжуваності і т.д.).

Усі складові якості зв'язані між собою і впливають один на одного. При низькому рівні якості структури досить складно забезпечити прийнятний рівень якості технології. Порушення технології діагностики і лікування в більшості випадків приведе до несприятливих результатів лікування. Разом з тим високий рівень структурної якості — тільки потенційна, але не завжди реалізована можливість мати високий рівень якості технології і результату. Таку взаємозалежність можна визначити як інерції негативу. При поганій якості негативу неможливо зробити гарну фотографію, але поганий знімок може вийти і при якісному негативі.

В системі якості медичної допомоги можна виділити три взаємозалежних елементи:

1. учасники контролю (тобто ті, хто повинні здійснювати контроль);
2. кошти (за допомогою чого здійснюється контроль);
3. механізми контролю (яким чином здійснюється контроль, послідовність дій).

Нормативна база до числа учасників контролю якості медичної допомоги відносить: медичні установи; громадські об'єднання споживачів; органи управління охороною здоров'я; органи охорони здоров'я, що здійснюють ліцензування; страхові медичні організації; професійні медичні асоціації; фонди медичного страхування; виконавчі органи фонду соціального страхування; державні медичні освітні установи; медичні науково-дослідні установи, що здійснюють післявузівську чи додаткову професійну освіту фахівців; страхувальників; держстандарт і його територіальні органи; державний комітет з антимонопольної політики і його територіальні органи; органи Державної санітарно-епідеміологічної служби; органи Державного пожежного нагляду; Державну інспекцію по охороні праці.

Нормативна база поділяє всіх перерахованих учасників контролю на дві ланки. Прийнято виділяти відомчу і позавідомчу ланки якості медичної допомоги. При цьому до відомчої ланки відносять медичні установи і органи управління охороною здоров'я. До позавідомчої - всіх інших.

У відомчій ланці на рівні ЛПУ контроль якості медичної допомоги є функцією:

- завідувачів підрозділами (перша ступінь експертизи);

- заступників керівників установ по клініко-експертній роботі, лікувальній допомозі (друга ступінь експертизи);

- клініко-експертних комісій установи (третя ступінь експертизи).

На рівні органа управління охороною здоров'я контроль якості здійснюється:

- клініко-експертними комісіями органів управління всіх рівнів;

- головними штатними і позаштатними фахівцями органів управління всіх рівнів.

У необхідних випадках для проведення експертизи можуть залучатися і співробітники вузів, НДІ й інших установ на договірній основі.

Учасниками відомчої ланки здійснюється контроль усіх компонентів якості медичної допомоги, що впливає зі змісту задач цієї ланки.

Система відомчого контролю якості медичної допомоги покликана здійснювати:

1. оцінку стану і використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів ЛПУ (тобто контроль структурної якості допомоги, що надається медичними установами в цілому);

2. оцінку професійної якості медичних працівників шляхом здійснення атестації персоналу;

3. експертизу процесу надання медичної допомоги конкретним пацієнтам (тобто контроль технологічного компонента якості медичної допомоги);

4. виявлення й обґрунтування дефектів, лікарських помилок і інших факторів, що зробили негативну дію і потягли за собою зниження ефективності медичної допомоги;

5. підготовку рекомендацій для керівників ЛПУ й органів управління охороною здоров'я, спрямованих на попередження лікарських помилок і дефектів у роботі і сприяння підвищенню якості й ефективності медичної допомоги;

6. вивчення задоволеності пацієнтів від їхньої взаємодії із системою охорони здоров'я (контроль якості результату);

7. розрахунок і аналіз показників, які характеризують якість і ефективність медичної допомоги;

8. вибір найбільш раціональних управлінських рішень, проведення оперативних коригувальних впливів і контроль реалізації управлінських рішень.

Нормативні документи недостатньо чітко регламентують розподіл об'єктів контролю між медичною установою й органами управління охороною здоров'я. Однак на практиці в більшості випадків такий розподіл сформований. Структурні утворення, що формують у ЛПУ першу, другу і третю ступені експертизи, акцентують свою увагу на контролі технологічної якості і результату лікування конкретних хворих. Контроль цих

же компонентів здійснюють і головні фахівці органів управління охороною здоров'я.

Керівники лікувально-профілактичних установ і посадові особи органів управління роблять оцінку і контроль якості результату лікування усіх хворих, що зверталися в ЛПУ за рік.

Контроль якості результату медичного обслуговування населення здійснюють посадові особи органів управління всіх рівнів.

Оцінкою структурної якості допомоги, що надається ЛПУ, так само займаються головні лікарі установ і посадові особи органів управління. Однак на даний момент не сформовані ефективні механізми забезпечення цього компонента силами цієї ланки.

Контролем професійних якостей медичних працівників займаються атестаційні комісії, сформовані органом управління охороною здоров'я.

Позавідомча ланка системи забезпечення якості медичної допомоги - явище порівняно нове для охорони здоров'я. Формування цієї ланки є одним з аспектів тих перетворень у вітчизняній системі охорони здоров'я, що спостерігаються протягом останнього років.

Позавідомчий контроль якості медичної допомоги включає:

- аналіз результатів надання медичної допомоги; підготовку рекомендацій з удосконалювання організації і підвищення якості медичної допомоги, а також контролю;

- вивчення задоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою;

- перевірку виконання договірних зобов'язань між страховиками і ЛПУ;

- контроль дотримання інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян;

- оцінку можливостей установ охорони здоров'я гарантувати необхідний рівень якості медичної допомоги;

- контроль правильності застосування тарифів і відповідності пропонованих до оплати рахунків виконаному обсягу медичної допомоги;

Основними причинами призначення позавідомчої медичної експертизи є:

- скарги пацієнтів на якість і культуру надання медичної допомоги;

- несприятливий результат лікування, прямо пов'язаний з недоліками в проведенні медичних заходів;

- невідповідність рахунків, що представляються, на оплату медичних послуг територіальним медико-економічним стандартам чи включення в рахунок медичних послуг, що не входять у медичну програму;

З погляду спільності інтересів, переслідуваних у процесі контролю якості медичної допомоги

ги, всіх учасників системи можна об'єднати в три ланки:

- контроль з боку виробника медичних послуг (внутрішній контроль якості);
- контроль з боку споживача медичних послуг (споживчий контроль якості);
- контроль з боку організацій, незалежних від споживачів і виробників медичних послуг (зовнішній контроль якості).

Важливо підкреслити, що не кожен учасник системи повинен бути пов'язаний із усіма трьома складовими якості. Але оскільки внутрішня ланка представлена медичними установами, а споживча ланка – громадськими об'єднаннями споживачів, тобто кожна з цих ланок формується тільки одним з учасників, поділяти повноваження слід між суб'єктами зовнішньої ланки. Розмежування повноважень проводиться на основі багатомірності категорій якості медичної допомоги.

Органи, що здійснюють ліцензування, насамперед повинні займатися контролем структурної якості ЛПУ в цілому, професійні медичні асоціації - оцінкою професійних якостей кожного медичного працівника, страхувальники - контролем якості результату медичної допомоги стосовно конкретного хворого і оцінкою якості технології.

Органи управління охороною здоров'я повинні здійснювати контроль якості результату медичної допомоги населенню території і якості результату стосовно всіх пролікованих у ЛПУ за звітний період. Безумовно, між названими учасниками повинний існувати взаємобмін інформацією, що дозволяє уточнювати прийняті управлінські рішення.

Такий розподіл повноважень обумовлений функціями і характером діяльності суб'єктів контролю.

Список літератури

1. **Бекер Г.** Оценка путей обеспечения качества медицинской помощи, включая лицензирование и аккредитацию, а также медико-экономические стандарты. Abt Associates Inc.; Проект "Здравреформ". - 58с.
2. **Дьяченко В.Г.** Экспертиза качества медицинской помощи (Вопросы теории и практики).- Хабаровск, 1996.- 183с.
3. **Задачи** по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. - Копенгаген: ЕРБВОЗ, 1993.-322с.
4. **Короткова А.В.** Реформы здравоохранения, как это понимать? // Медицина для Вас. - 1996. - № 24(31).-С. 1-3.
5. **Стратегічні** напрями розвитку охорони здоров'я в Україні / Лехан В.М., Лакіза-Сачук Н.М., Войцехівський В.М. та ін; під заг. ред. В.М. Лехан.-К.: Сфера, 2001.-176с.
6. **Лехан В., Гук А.** Методичні підходи до розробки медичних стандартів. - К.: Сфера, 2000 - 24с.
7. **Салтман Р.Б., Фигейрос Дж.** Реформы системы здравоохранения в Европе // Анализ современных стратегий: Пер. с англ.- М.: Геотар Медицина, 2000.- 432с.
8. **Тиллингаст С.** Руководство по повышению качества клинической работы в рамках преобразования российской системы здравоохранения.- Новосибирск, 1996.-95с.
9. **Флетчер Р., Флетчер С, Вагнер Э.** Клиническая эпидемиология: основы доказательной медицины: Пер. с англ. - М.: Медиа Сфера, 1998.-352с.
10. **Фролова О.Г.** Современные подходы к оценке качества медицинской помощи // Организация здравоохранения. - 1997. -С. 58-60.
11. **Donabedian A.** The Quality of Care: How Can It Be Assessed // JAMA. - 1988.- Vol.263, №32.-P.174-348.
12. **LekhanV., RudyV., NolteE.** Health care systems in transition: Ukraine. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.-128p.

Надійшла 01.10.10

