

УДК 614.2:351.773(477)

**В.А. Сміянов**

Сумський державний університет, м. Суми

## ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Резюме.** У статті подано аналіз основних етапів розвитку забезпечення якості медичної допомоги в Україні. Відзначено, що за останні роки на державному рівні проведено роботу щодо покращення методологічних підходів до забезпечення якості медичної допомоги охорони здоров'я. Сучасний етап розвитку охорони здоров'я потребує переходу від контролю якості до її забезпечення. Впровадження системи постійного поліпшення якості на основі стандартизації медичної допомоги на рівні структурного підрозділу та лікувально-профілактичних закладів дозволить змінити командно-бюрократичну філософію забезпечення якості медичної допомоги та значно покращити якість надання медичної допомоги.

**Ключові слова:** якість медичної допомоги, забезпечення якості медичної допомоги, ліцензування, акредитація, стандартизація, протоколи надання медичної допомоги.

**Актуальність проблеми.** Проблема забезпечення якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я посідає перше місце як у розвинених країнах світу, так і в Україні.

Погіршення стану здоров'я населення України призводить до об'єктивного зростання потреб у якісній медичній допомозі.

**Мета роботи** – аналіз основних етапів розвитку забезпечення якості медичної допомоги та встановлення змін методологічних підходів до її забезпечення в Україні.

Проблема забезпечення якості медичної допомоги має свою історію. Вона видозмінювалася разом з розвитком вітчизняної охорони здоров'я [3]. У зв'язку з цим можна виділити три основних етапи розвитку забезпечення якості медичної допомоги в Україні:

– за радянських часів при державній (бюджетній) системі охорони здоров'я (до середини 80-х років ХХ ст.);

– на етапі введення нового господарського механізму (друга половина 80-х років ХХ ст.);

– в умовах незалежної країни з появою ринкових механізмів господарювання (з початку 90-х років ХХ ст. до цього часу).

Державна (бюджетна) система охорони здоров'я характеризується вертикальною централізованою системою управління. Стиль управління – командно-адміністративний. Охорона

здоров'я розвивається на основі єдиних нормативів планування, фінансування медичної допомоги і жорсткої бюджетної дисципліни. Відшкодування витрат на послуги охорони здоров'я, що надаються населенню безкоштовно, здійснюються за рахунок фондів суспільного споживання. Поточне утримання охорони здоров'я визначається надходженнями з державного бюджету. Економічна ефективність охорони здоров'я в цей період не є самоціллю.

Недоліки такої жорсткої системи виразно проявилися вже на початку 70-х років ХХ ст., коли визначилися зниження ефективності охорони здоров'я, погіршення показників здоров'я населення, зростання невдоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги, а медичних працівників – своєю працею. На цьому фоні з'явилася ідея ефективного використання ресурсів, пов'язана зі створенням системи мотивування. Виникла необхідність введення механізмів стимулювання ефективної роботи.

Недосконалість управління системою охорони здоров'я, а також залишковий принцип розподілення ресурсів держави поставили рівень надання медичної допомоги на межу національного лиха, хоча державна система охорони здоров'я функціонувала як гарант у справі охорони здоров'я населення і надання медичної допомоги. Монопольна система охорони здо-

ров'я була єдиним страховиком населення, тобто склався диктат виробника послуг над споживачем. Не маючи конкурентів, система сама себе захищала від зовнішнього контролю, здійснюючи виробництво й оплату медичних послуг. Вона виявилася віддаленою від інтересів споживача медичних послуг і концентрувала зусилля на збільшенні власного потенціалу. Стало очевидним, що постійне накопичення ресурсів охорони здоров'я (збільшення кількості ліжок, потужності поліклінік, кількості лікарів і середніх медичних працівників) не супроводжувалося підвищенням якості й ефективності медичної допомоги [6].

Функціонування охорони здоров'я в цей період мало чітко окреслений замкнутий галузевий характер. Усі процеси управління системою якості медичної допомоги (контроль, оцінка результатів контролю, проведення коригувальних заходів і т.д.) здійснювалися тільки в межах галузі.

У цих умовах система забезпечення якості медичної допомоги мала такі характерні особливості:

- контроль якості медичної допомоги був відомчим і мав багатоступеневий галузевий характер;
- система не несла відповідальності за якість медичної допомоги;
- якість медичної допомоги оцінювалася за допомогою кількісних показників, розроблених державною статистичною службою;
- показники діяльності медичних закладів відображали, як правило, обсяги наданої допомоги;
- з найбільшою увагою здійснювався контроль за тимчасовою та стійкою втратою працездатності;
- стандартизація здійснювалася лише у сфері медикаментів, обладнання та оснащення лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ);
- стимулювання високої якості роботи мало не економічний, а переважно моральний статус;
- зростала незадоволеність пацієнтів якістю наданої медичної допомоги.

У 1987 році вийшла Постанова Уряду СРСР і ЦК КПРС «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройка здравоохранения в 12-й пятилетке и до 2000 года»,

в якій зазначалося, що необхідною умовою інтенсифікації діяльності медичних закладів є підвищення ефективності та якості медичної допомоги. Для досягнення цієї мети основним механізмом повинен був стати перехід на економічні методи управління. Постанова поклала початок розвитку госпрозрахункових відносин в охороні здоров'я. Крім бюджетного фінансування, вводилися договірні та платні послуги.

У 1989 році вийшло «Положение о новом хозяйственном механизме». Це Положення визначило мету нового господарського механізму – більш повне задоволення потреб населення у кваліфікованій медичній допомозі, забезпечення безоплатності, гарантованості і доступності її всім верствам населення, ефективне використання кадрових, матеріальних, фінансових ресурсів і наукового потенціалу суспільства, спрямованих на покращення здоров'я населення.

Замість попереднього принципу фінансування (на ліжку і на кількість відвідувань) почалося фінансування за довгостроковими економічними нормативами на душу населення. Основним джерелом фінансування стали бюджетні кошти з розрахунку витрат на рік. Змінилася система планування, визначилися планові нормативи для ЛПЗ [1, 6].

Перебудова системи оплати праці в охороні здоров'я була спрямована на підвищення ефективності і стимулювання, безпосередню залежність оплати праці від кваліфікації працівника, а також обсягу та якості його роботи. Можна виділити такі позитивні моменти нового господарського механізму:

- на фоні збільшення загальнодержавної кризи було втілено більш досконалу модель фінансування – на душу населення і за кінцевим медичним результатом;
- в охороні здоров'я виникло усвідомлення того, що без економічного стимулювання праці медичних працівників неможливе реальне втілення в життя ідеї підвищення якості медичної допомоги;
- впроваджено елементи оцінки якості медичної допомоги;
- введено додаткові джерела фінансування;
- склалася система самоуправління;
- з'явилися нові форми організації праці;

- було здійснено спробу оплати праці за обсяг і якість наданої медичної допомоги;
- сформувалася модель оцінки взаємодії «лікар-пацієнт» за результатами медичної, економічної та соціальної ефективності;
- почали розроблятися та використовуватись у практичній діяльності комплексні оцінки результатів роботи ЛПЗ, моделі кінцевих результатів;
- у здійсненні контролю якості, незважаючи на його відомчий характер, активну участь брала і медична громадськість ЛПЗ.

На початку 90-х років ХХ ст. очевидними стали великі труднощі у подальшому впровадженні нового господарського механізму, обумовлені загальним погіршенням економічної ситуації в країні і внутрішньогалузевим характером експерименту. Вирішальну роль у кризі реформи, яка проводилася, зіграв дефіцит бюджетного фінансування охорони здоров'я, що особливо поглибився у період розпаду СРСР. У період нового господарського механізму, як і в попередній, громадяни – споживачі медичних послуг – не стали рівноправними учасниками процесу реформування охорони здоров'я, а були повністю виключені зі сфери економічних відносин [6].

В Україні за останні роки на державному рівні проведено роботу щодо покращення методологічного забезпечення якості медичної допомоги [1, 2, 4, 5].

Державна акредитація закладів охорони здоров'я, яка запроваджена в Україні з 1997 року (постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765 «Про затвердження Порядку державної акредитації закладів охорони здоров'я», зі змінами, внесеними згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 21.06.2001 № 678), передбачала оцінку діяльності закладів охорони здоров'я на основі проведення експертної оцінки її відповідності визначеним стандартам (умовам) акредитації.

Протягом 2000–2001 років в Україні було прийнято низку нормативних актів, які підвищили роль ліцензування медичної практики у забезпеченні передумов до надання якісної медичної допомоги.

Проводилася робота зі стандартизації медичної практики. На цей час у базі даних стан-

дартів та протоколів надання медичної допомоги, затверджених наказами МОЗ України станом на 17.09.2010 р., представлено 142 накази, якими затверджено 3410 нормативних документів з медичної допомоги за окремими нозологіями [1, 4].

Загальнодержавна програма адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу (Закон України від 18.03.2004 № 1629-IV) передбачає гармонізацію національної системи стандартизації за європейськими принципами. В Україні механізм розроблення медико-технологічних і нормативних документів за принципами доказової медицини запроваджується на виконання п. 4 Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 р. № 815, та відповідно до наказів МОЗ України від 25.06.2008 № 340 «Про затвердження заходів на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі на період до 2010 року» та від 25.06.2008 № 341 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року». На виконання завдань, передбачених вищезазначеними документами, наказом МОЗ України від 24.02.2010 № 163 «Про управління якістю медичної допомоги» була створена Уніфікована методика з розроблення клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів патентів) на засадах доказової медицини (частини перша та друга), затверджена наказами МОЗ України та АМК України від 19.02.2009 № 102/18 та від 03.11.2009 № 798/75. Вона визначає такі основні типи медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги: клінічна настанова, медичний стандарт, уніфікований клінічний протокол медичної допомоги, локальний протокол медичної допомоги (клінічний маршрут пацієнта) [2, 4, 5].

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 10.09.2008 № 1247 «Про затвердження плану заходів щодо удосконалення державного контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення» було

розроблено та впроваджено Державний формуляр лікарських засобів [4, 5].

На державному рівні поточний зовнішній контроль якості медичної допомоги проводиться Ліцензійною комісією МОЗ України та обласними управліннями охорони здоров'я облдержадміністрацій. Поточний внутрішній контроль якості медичної допомоги здійснюється закладами охорони здоров'я і органами управління охорони здоров'я. Найбільш поширеною є багатоступенева система контролю якості, коли на рівні закладу охорони здоров'я експертиза якості медичної допомоги здійснюється завідувачем підрозділу (1-й рівень), заступником керівника закладу охорони здоров'я з клініко-експертної, лікувальної, амбулаторно-поліклінічної допомоги (2-й рівень), клініко-експертними комісіями закладу (3-й рівень) та комісіями органу управління (4-й рівень). Ця система була запроваджена у вітчизняній системі охорони здоров'я в рамках нового господарського механізму (кінець 80-х – початок 90-х років ХХ ст.) і збереглася з деякими незначними змінами до цього часу.

При організації системи контролю якості медичної допомоги необхідно розуміти, що дуже важливим для закладу охорони здоров'я є перехід від ретроспективної оцінки якості медичної допомоги до управління якістю лікувального процесу [1, 4–6].

Зараз зміни вже відбуваються. Так, відповідно до наказу МОЗ України від 24.02.2010 № 163 до системи управління якістю в Україні входять: органи державної влади, органи місцевого самоврядування, координаційні ради з управління і контролю якості медичної допомоги при органах державної влади та органах місцевого самоврядування, клініко-експертні комісії при органах державної влади та органах місцевого самоврядування, медичні ради закладів охорони здоров'я. Але однією з головних функцій клініко-експертних комісій МОЗ України, обласних, міських та районних управлінь охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування залишилася функція покарання: надавати пропозиції компетентним органам щодо відповідності займаній посаді, підтвердження або зняття кваліфікаційної категорії, притягнення до дисциплінарної відповідальності медичних

працівників охорони здоров'я [6]. Слід зазначити, що такий підхід не відповідає міжнародним принципам управління якістю медичної допомоги на основі клінічного аудиту.

До цього часу на регіональному рівні робота із забезпечення та контролю якості медичної допомоги має безсистемний, формальний характер і часто проводиться службовцями, які не мають відповідної підготовки та досвіду роботи у цьому напрямі. Аналіз роботи ЛПЗ України будується виключно на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичні дані та річні звіти про діяльність ЛПЗ, в основі яких закладені кількісні показники, що унеможлиблює об'єктивну оцінку якості медичної допомоги) [1, 2].

Численні комісії цікавляться не якістю медичної допомоги, а виконанням кількісних або формальних показників лікаря, структурного підрозділу або ЛПЗ: наявністю планів роботи, плану виконання ліжко-днів, кількістю прийнятих хворих на амбулаторному прийомі (функція лікарської посади), середньою тривалістю перебування хворих на ліжку, хірургічною активністю, кількістю днів непрацездатності.

За результатами перевірки видається наказ, в якому накладаються дисциплінарні стягнення, навіть до звільнення із займаної посади, і наказується довести показники до нормативних. Конкретних пропозицій щодо покращення якості медичної допомоги такі перевірки, як правило, не містять. Тобто в Україні в охороні здоров'я продовжує існувати і діяти командно-бюрократична система контролю, яка ніяк не впливає на якість медичної допомоги. Навпаки, ця система змушує лікарів вдаватися до приписок та фальсифікації показників своєї роботи, а не до пошуку шляхів до підвищення якості.

Це підтверджується численними дослідженнями. Так, дослідження діяльності терапевтичних відділень загальнотерапевтичного профілю на базі 17 закладів охорони здоров'я вторинного рівня в чотирьох областях України показало, що у цих відділеннях до  $67,6 \pm 1,2\%$  пацієнтів одержують лікування після працездатного віку і тільки  $30,1 \pm 1,2\%$  працюючих. При цьому  $18 \pm 0,3\%$  пацієнтів названих відділень потребують тільки соціальної допомоги. Під час

досліджень встановлено, що в закладах охорони здоров'я відсутня система планової госпіталізації пацієнтів:  $87,2 \pm 0,6\%$  пацієнтів, які не потребують екстреної допомоги, госпіталізуються в день звернення до поліклініки, а  $94,1 \pm 0,5\%$  з них без відповідної підготовки [2].

При обстеженні терапевтичних стаціонарів вторинного рівня було виявлено, що 29% пацієнтів у них не потребували стаціонарного лікування [3]. Тобто хворих госпіталізують без належних показань для виконання плану ліжко-днів.

### Висновки

Сучасний етап розвитку охорони здоров'я потребує переходу від контролю якості до її забезпечення. Сьогодні проблема забезпечення якості медичної допомоги є основою для цілеспрямованого удосконалення української охорони здоров'я. Правова база гарантованої якісної медичної допомоги не досконала. Не розроблені стандарти структури та технології надання медичної допомоги на рівні закладів різного типу. Ліцензування та акредитація не досягли рівня, що гарантує забезпечення

адекватного рівня медичної допомоги. Система стандартів не пов'язана з ліцензуванням і акредитацією. Практично не вирішена проблема диференційованої, з урахуванням якості роботи, оплати праці медичного персоналу – не введені економічні механізми стимулювання якості. Використання принципів доказової медицини, як і впровадження протоколів лікування пацієнтів на всіх рівнях, залишається недосяжним завданням для великої кількості закладів охорони здоров'я. В умовах різних фінансових обмежень залишається невирішеною проблема забезпечення гарантованого рівня медичної допомоги. Громадяни – споживачі медичних послуг – не стали рівноправними учасниками процесу реформування охорони здоров'я [1, 4].

На наш погляд, впровадження системи безперервного поліпшення якості на основі стандартизації медичної допомоги, ліцензування та акредитації, втілення чітких механізмів оплати праці медичних працівників за показниками якості лікування за допомогою індикаторів структури, процесу та результату, що має затверджувати МОЗ України в своїх нормативах, дозволить змінити командно-бюрократичну філософію контролю якості на управління якістю.

### Список використаних джерел

1. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. – К., 2009. – 50 с.
2. Лисак В.П., Пархоменко Г.Я. Питання якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 22.10.2010. – С. 95–96.
3. Сміянов В.А. Оптимізація моделі системи медичної допомоги міському населенню в умовах перебудови галузі: дис. ... канд. мед. наук. 14.02.03. – Суми, 2006. – 1777 с.
4. Степаненко А.В. Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 2001.
5. Степаненко А.В. Удосконалення управління якістю медичної допомоги на основі сучасних медико-технологічних документів / А.В. Степаненко, В.А. Сміянов, В.П. Шуляк. – С. 136.
6. Щепин О.П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.

## ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

**В.А. Сміянов**

**Резюме.** В статье представлен анализ основных этапов развития обеспечения качества медицинской помощи в Украине. Отмечено, что за последние годы на государственном уровне проведена работа для улучшения методологических подходов к обеспечению качества медицинской помощи здравоохранения. Современный этап развития охраны здоровья требует перехода от контроля качества к его обеспечению. Внедрение системы постоянного улучшения качества на основе стандартизации медицинской помощи на уровне структурного подразделения и лечебно-профилактического учреждения позволит изменить командно-бюрократическую философию обеспечения качества медицинской помощи и значительно улучшить качество оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, обеспечение качества медицинской помощи, лицензирование, аккредитация, стандартизация, протоколы оказания медицинской помощи.

## MEDICAL CARE QUALITY PROBLEMS IN HEALTHCARE SYSTEM OF UKRAINE

**V. Smiyanov**

**Summary.** The article represents analysis of the main stages in quality assurance development in Ukraine. It is noted that in recent years, state level measures have been taken to improve methodological approaches to healthcare quality assurance. Current state of health care development requires transition from quality control to its provision. Implementation of continuous quality improvement system based on medical care standardization at structural unit and medical and preventive institution levels will provide changes in governing body and bureaucratic philosophy of medical care quality assurance and significant improving of medical care quality.

**Keywords:** quality of medical care, medical care quality assurance, licensing, accreditation, standardization, medical care provision protocols.

Рекомендовано до публікації:

док. мед. наук, професор А.С. Котуза

Дата надходження рукопису: 12.02.2018

**Сміянов Владислав Анатолійович** – док. мед. наук, професор, зав. кафедри громадського здоров'я Сумського державного університету  
40007, м. Суми, вул. Римського-Корсакова, 2  
e-mail: kanc@sumdu.edu.ua  
контактний телефон +380 (542) 687-755 (для кореспонденції)