

10. Bet 3: emergency physician bedside ultrasound for the diagnosis of cholelithiasis / *Kadon K Hintz, Resident Physician, Jeffrey S Jones [et al.]* // Emerg. Med. J. – 2009 – №26. – P. 667–669.

## RATIONALE FOR THE INDICATOR OF QUALITY OF SECONDARY-LEVEL CARE IN THE DIAGNOSIS OF BILIARY SYSTEM PATHOLOGY

M.B. Scherbinina, O.V. Zakrevska

ДУ «Інститут Гастроентерології НАМН України»  
(Дніпропетровськ)

The determination of quality of care indicators is an important part of the implementation process of health care standards. Commission indicator is quantitative or qualitative indicator as to which there is evidence or consensus regarding its direct impact on clinical practice. A search of relevant clinical guidelines and information sources. Shown diagnostic value of ultrasound in the pathology of the biliary tract. Ultrasound examination should be performed for each patient with a pain in the upper right quadrant of the abdomen. There was proposed an indicator of the secondary level in patients with biliary disorders: evaluation of patients with pain in the upper right quadrant of the abdomen with ultrasound. Target level was 100%.

УДК 61.008.0+615.725.5:577.95

## Формування та розвиток структурно-процесної організації в медичних установах

*М.Б. Щербиніна, І.Ю. Скурда*

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (Дніпропетровськ)

Система охорони здоров'я – найважливіша соціальна система суспільства, що має 3 основні мети: здійснення реальної діяльності в галузі профілактики захворювань медичними заходами, лікування хворих з конкретними видами патології, а також інформування

органів управління суспільством у відношенні сучасних проблем здоров'я та медичного забезпечення населення.

Стан та розвиток системи охорони здоров'я визначаються трьома основними позиціями:

- об'єктивно існуючими закономірностями формування здоров'я населення, реальними тенденціями;
- рівнем уявлень про шляхи розвитку та корекції медичними мірами основних недугів людини;
- можливостями суспільства, інтелектуальними та, в основному, економічними, для виробництва та впровадження сучасних технологій ведення хворих, управління здоров'ям, ґрунтуючись на діючих пріоритетах [1].

Мета роботи: проаналізувати стан формування та розвитку структурно-процесної організації в установах охорони здоров'я на підставі вивчення діючої системи медичної допомоги.

Матеріал та методи. Методологічну основу склали документи з реформування національної охорони здоров'я, праці провідних вітчизняних та зарубіжних вчених, сучасні концепції управління організаціями. Використано системний підхід, методи структурно-функціонального аналізу, узагальнення, описового моделювання.

У теперішній час в управлінні поширено процесний підхід, який розглядає управління як процес, що складається з низки певних послідовних кроків – функцій управління. Усі функції управління взаємопов'язані, кожна функція також представляє собою процес, оскільки складається із серії взаємопов'язаних дій.

Виникла наполеглива потреба у впровадженні в діяльність медичних організацій сучасних технологій менеджменту. Тільки при виконанні цих умов можна сподіватись на успішне використання інноваційних технологій діагностики, лікування та профілактики захворювань, що дозволяють добитись реалізації стратегічних цілей з розвитку української охорони здоров'я.

У сучасній практиці моделювання управлінської діяльності з підвищення якості медичної допомоги процесний підхід набуває провідного значення. При цьому окремі підрозділи медичної

організації розглядаються не як структурні одиниці зі своїми відособленими цілями, а як учасники єдиного процесу. Перевага процесного підходу полягає в безперервності управління, яке він забезпечує на стику окремих процесів у рамках їх системи, а також при їх комбінації та взаємодії. Процесний підхід розглядає медичну діяльність як заданий послідовний ланцюг дій (процесів), кінцевим підсумком якого є клініко-економічний результат. Прийняття процесного підходу – це передусім зміна мислення керівників, працівників та розстановка нових акцентів у системі менеджменту якості, коли головним стає увесь процес, адресований споживачеві.

Необхідність розробки нових підходів до управління медичними організаціями продиктована зростаючою потребою у впровадженні у вітчизняну охорону здоров'я наукових принципів та технологій ефективного управління. Сучасні умови діяльності, які швидко змінюються в епоху глобалізації, реалізація пріоритетного Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» №3611-VI від 07.06.11 р., пред'являють нові вимоги до управління медичними організаціями. У цих умовах найбільш актуальним стає пошук ефективних ресурсозберігаючих технологій управління якістю, що дозволяє у жорстких умовах фінансування забезпечити можливість нормального функціонування ЛПУ.

Індустріальна модель управління, яка ґрунтується на сучасних реаліях, зокрема, на перехід медицини із сфери мистецтва в складну індустріальну технологію, а також на невідповідності колишніх методів управління в охороні здоров'я вимогам сучасного виробництва. Ключовий принцип індустріальної моделі – процесний підхід, а одна з основних його технологій – стандартизація [2].

Невивченою областю економіки охорони здоров'я та менеджменту є маркетинг медичних технологій. Під медичними технологіями розуміється сукупність послідовно здійснених стандартизованих процесів, логічно завершуючих певне медичне втручання або маніпуляції, регламентованих директивними або іншими документами або традиціями.

Процесний підхід в управлінні медичною організацією та стандартизований експертний контроль є основами інноваційного

менеджменту, який забезпечує участь усього персоналу в безперервному удосконаленні виробничих процесів та усіх видів діяльності організації.

Сучасні процесно-орієнтовані методи управління, на відміну від традиційної ієрархічної організації діяльності та принципів функціональної організації, що застосовуються в українських медичних установах, базуються на використанні корпоративних правил та вивірених, чітко прописаних процесів. Вони об'єднують медичні, технічні дані та економічні інформаційні потоки в рамках єдиної автоматизованої системи, забезпечуючи досягнення корінного покращення основних актуальних показників діяльності організації: вартості, якості, сервісу та швидкості.

Складність системи охорони здоров'я в частині забезпечення належної якості медичної допомоги потребує наявності науково обґрунтованої методології процесного управління та методик, адаптованих до особливостей українських медичних організацій. Формування та розвиток системи процесно-орієнтованого управління медичними організаціями дозволить вирішити соціально значущу задачу охорони здоров'я – підвищення якості медичної допомоги та ефективності діяльності медичних установ.

Обов'язковий елемент реалізації процесного підходу – забезпечення моніторингу процесів шляхом розробки та впровадження «індикаторів якості», специфічних для моніторингу у контрольних точках виконання етапів клінічного шляху, а також для вимірювання «входів» та «виходів», тобто результатів процесів [3].

Процеси соціально-економічного реформування системи охорони здоров'я визначають необхідність оптимізації попиту, пропозиції та споживання медичних послуг, раціонального використання ресурсів та фінансування. У той же час таким аспектам охорони здоров'я, як відношення населення до медичної допомоги, оцінка її якості, технологічності та економічної ефективності, приділяється мало уваги.

Не дивлячись на універсальність основних принципів впровадження процесного підходу, в кожній області медицини при його використанні існує низка особливостей, пов'язаних з характером перебігу певних захворювань, виконанням інвазивних

та неінвазивних втручань, психоемоційним статусом хворих та елементами організації лікувально-діагностичного процесу в цілому.

Так, при впровадженні процесного підходу в гастроентерології необхідно враховувати наступні особливості організації процесу діагностики та лікування. По-перше, склад пацієнтів, яким проводиться гастроентерологічне лікування, відрізняється неоднорідністю (від хворих у легкому стані до хворих у тяжкому стані). По-друге, лікар-гастроентеролог тісно взаємодіє із спеціалістами суміжних клінічних областей, передусім хірургічного профілю, організація роботи яких також може вплинути на хід лікувально-діагностичного процесу в цілому.

Логістична діяльність організацій галузі охорони здоров'я безпосередньо впливає на їх конкурентоздатність та потенціал. При проектуванні логістичної структури медичних установ та їх інформаційної системи необхідно користуватись структурним підходом, який оснований на чіткому розмежуванні функцій цих організацій. Проте більш доцільно при проектуванні організаційної структури управління орієнтуватись на бізнес-процеси. Тобто має місце два основних підходи до проектування сучасних систем управління – структурний та процесний. Головним недоліком структурного підходу є прив'язка до організаційної структури управління, яка не завжди раціональна і може змінюватись. Інша справа при процесному підході, при використанні якого медична установа розглядається як сукупність взаємопов'язаних бізнес-процесів. Причому, основних бізнес-процесів у медичній установі небагато, зазвичай не більше 10, а число тих, хто їх забезпечують, може досягати декількох десятків. Процесний підхід призводить до необхідності переходу на так звану ресурсозберігаючу структуру. Аналіз та моделювання бізнес-процесів та наступна розробка вимог до організаційної структури управління та до її інформаційної підсистеми при процесному підході дозволяє оперативнo змінювати та допрацьовувати технологію виробництва послуг, за рахунок чого проводити її модернізацію без перериву в наданні послуг.

Реінжиниринг бізнес-процесів – це концепція управління, яка змінює методи та процедури в організації, що існують у теперішній момент, та їх взаємодію у наступному.

Реінжиніринг передбачає: істотне скорочення витрат установ охорони здоров'я; базу для розширення діяльності організацій; перехід на якісно новий технологічний рівень; готовність до впровадження інформаційно-аналітичних медичних систем; побудова системи менеджменту якості в установі з метою підвищення якості медичних послуг; істотне зниження залежності від людського фактору; можливість розвитку організації та високу конкурентоздатність.

Організаційна структура управління, що враховує поділення організації на бізнес-процеси, вже не є функціональною, а носить статус процесної структури.

Структура системи – одна з основних категорій системного аналізу, що характеризує стійку впорядкованість у просторі та часі елементів системи та їх зв'язків. З точки зору методології наукових досліджень часто під структурою розуміють малюнок, певне зовнішнє зображення явища чи об'єкта дослідження. Зрозуміло, що таке зображення об'єкта дозволяє лише так чи інакше описати його, але не дає його пояснення. В зображенні явища чи об'єкта дослідження від самого початку передбачається певна цілісність. Отже, структура – це стійке відображення взаємних відносин елементів цілісного об'єкта. Вихідними поняттями в аналізі структури об'єкта є поняття форми і змісту. З сучасної точки зору можна сказати, що форма – це структура змісту.

Поняття “структура” пов'язане з поняттям “система”; останнє стосовно першого є першопочатковим і достатньо загальним.

Під структурою системи розуміють її стійку впорядкованість і зв'язки між елементами та підсистемами. Структура відтворює найсуттєвіші зв'язки між елементами та підсистемами, що мало змінюються при змінах у системі та забезпечують існування як системи, так і найважливіших її властивостей. Для визначення структури системи необхідно провести її послідовну декомпозицію, тобто виокремити в ній підсистеми всіх рівнів, які доступні аналізу, та їхні елементи, що відповідно до завдань дослідження не поділяються на складові частини. Найважливішим завданням декомпозиції є спрощення системи, що є надто складною для розгляду та дослідження. Завдяки ієрархічності структура складних систем може бути подана через структуру їх частин – від підсистем до елементів.

Структура організації – це логічні взаємовідносини рівнів управління, які дають змогу найефективніше досягати цілей організації. Структура організації передбачає поділ праці, що є необхідною умовою підвищення її ефективності.

На сьогодні здійснені наступні кроки в напрямку оптимізації структурної ефективності та підвищення якості медичної допомоги:

- становлення системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (2000 р.);
- активізація запровадження стаціонарзаміщуючих форм медичного обслуговування;
- розробка стандартів медичних технологій;
- запровадження акредитації медичних закладів (1998 р.).

Основою надання медичної допомоги, як і раніше, залишається допомога в стаціонарах лікарень, зберігається об'єднане поняття «первинної та вторинної медичної допомоги» на рівні амбулаторно-поліклінічної ланки. Невирішені, у першу чергу з фінансової позиції, проблеми фармацевтичного забезпечення населення на позалікарняному рівні, повільні темпи реального матеріально-технічного, технологічного, кадрового та фінансового «переозброєння» амбулаторно-поліклінічної та первинної ланки охорони здоров'я, слабкий соціальний захист населення не дозволяють реально забезпечити на цьому рівні надання лікувально-діагностичної допомоги того об'єму та якості, які б дали можливість зменшити обсяг діяльності стаціонарів, знизити їх ресурсоемість, більш ефективно використовувати кошти охорони здоров'я [4].

Адаптація закладів охорони здоров'я, у сучасних ринкових умовах здійснюється на підставі комплексного рішення існуючих проблем усіма відомими шляхами (правовим, економічним, адміністративним, інформаційним, психологічним) з використанням логістичного підходу до управління, який вміщує:

- приведення реальної структури медичної допомоги у відповідності до потребностей населення за рахунок ефективного управління потоковими процесами в охороні здоров'я;

- оптимізацію структури та об'ємів медичної допомоги на підставі адекватного фінансування галузі;
- широке впровадження у практику охорони здоров'я економічних регуляторів лікувально-діагностичного процесу, розподіл бюджетних ресурсів між закладами охорони здоров'я у відповідності до їх можливостей;
- мінімізацію витратних дій лікаря через якісну регламентацію лікувально-діагностичного процесу [5].

Оптимізацію управління ресурсами в охороні здоров'я може бути досягнуто за рахунок оцінки діяльності кожного лікаря та лікувально-профілактичної установи з урахуванням кінцевих результатів, регуляції потоків пацієнтів та співвідношення амбулаторної та стаціонарної допомоги, забезпечення безперервності між етапами надання медичної допомоги.

Система менеджменту якості стверджує, що управління підприємством на підставі ідентифікованих, описаних, розкладених на процедури, узгоджених між собою процесів є заставою ефективної роботи організації та підвищення якості взаємодії компанії з контрагентами як на «вході» процесу (з поставниками), так і на «виході» (з покупцями та заказниками).

При визначенні необхідності забезпечення моніторингу процесів доцільна аксіома «Виконується те, що вимірюється» (М.Л. Джордж, 2005 р., визнаний спеціаліст у технології «Бережливе виробництво+6 сигм»).

Багато медичних установ розглядають окремі напрями своєї діяльності, наприклад, постачання, виробництво медичних послуг та їх збут ізольовано з точки зору виключно внутрішніх процесів своєї організації. Проте, щоб забезпечувати свою конкурентоздатність, тобто збільшити свої ринкові переваги, необхідно розглядати усі процеси у мережі потоків ресурсів та їх ефективного використання.

Інноваційна політика держави в охороні здоров'я передбачає:

- оптимізацію та реструктуризацію мережі, структури та основних напрямів діяльності науково-дослідних установ;



- посилення ролі Національної академії медичних наук України у проведенні пріоритетних фундаментальних та прикладних досліджень;
- забезпечення вирішення науково-практичних проблем охорони здоров'я шляхом формування відповідних державних, галузевих, міжгалузевих, регіональних програм;
- впровадження багатоджерельності фінансування медичної науки за рахунок бюджетних та позабюджетних коштів, забезпечення їх раціонального використання для першочергового фінансування конкурентоздатних наукових розробок фундаментального та прикладного характеру;
- планування наукових досліджень на конкурентних засадах та спрямування їх на отримання конкретних результатів, впровадження принципів незалежної експертизи наукових проєктів та їх результатів, виділення спеціальних грантів під реалізацію проєктів – переможців конкурсу;
- забезпечення підтримки визнаних вітчизняних шкіл, підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, раціональне використання науково-інформаційних ресурсів;
- активізацію роботи, спрямованої на забезпечення розвитку міжнародного науково-технічного співробітництва, яке буде сприяти підвищенню авторитету вітчизняної медичної науки та її інтеграції в світову спільноту.

Оснащення ЛПУ сучасною медичною технікою, впровадження нових медичних та інформаційних технологій сприяє істотному покращенню організації основного лікувально-діагностичного процесу, який стає більш технологічним, уніфікованим та ефективним з медичної, соціальної та економічної позицій.

З метою упорядкування організації надання медичної допомоги пацієнтам із хворобами біліарного тракту (ХБТ) нами розроблено систему лікувально-профілактичної допомоги. Модель

запропонованої системи розроблена з урахуванням результатів наукових досліджень на основі низки принципів:

- чітке розуміння значення та ролі лікаря загальної практики;
- необхідність вирішення складних проблем у роботі поліклініки;
- небажаність перевантаження системи деталями, які заважають головній лінії розвитку;
- застосування найбільш істотних якісних характеристик, які внесені у систему у відповідності з сучасними досягненнями медичної науки.

При диференціації етапів системи було враховано такі критерії:

- соціально-гігієнічну або медичну мету (лікування, діагностика, профілактика, консультація та реабілітація);
- режим надання послуги (амбулаторно, стаціонарно, у денному стаціонарі та ін.).

Модель побудована за принципом графологічної структури процесу медичної допомоги, що дозволяє наглядно уявити зміст процесу в цілому, а також у взаємозв'язку окремих її елементів.

Система вміщує 3 етапи медичної допомоги:

- амбулаторно-поліклінічний;
- стаціонарний;
- відновного лікування.

Амбулаторно-поліклінічний етап вміщує:

- кабінет лікаря загальної практики (задачі визначені наказом МОЗ України № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» від 12.05.01).
- кабінет терапевта, гастроентеролога або хірурга у структурі ЛПУ (задачі визначені наказом № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю» від 28.12.09;

Стационарний етап складають:

- денний стаціонар;
- терапевтичне або гастроентерологічне відділення;
- хірургічне відділення.

Етап відновного лікування складає:

- санаторно-курортне лікування.

Усі представлені розділи системи створюють умови, при наявності яких можливо реалізувати мету, задачі та заходи лікувально-профілактичного забезпечення пацієнтів із ХБТ.

Клінічний фактор включає в себе застосування комплексу діагностичних та лікувальних заходів у відповідності до національних стандартів, що є новим та важливим моментом системи.

При реалізації програмно-цільового підходу до вирішення проблем диспансеризації нами розроблена трирівнева система надання медичної допомоги, яка дозволяє регулювати потоки пацієнтів, раціонально розподіляти навантаження на медичний персонал, сприяє оптимізації обсягу та змісту лікувально-профілактичних заходів (рис. 1).



Рисунок 1 – Система надання медичної допомоги.

Оскільки функції лікарів постійно поширюються, нам представляється необхідним регламентація об'єму і змісту лікувально-діагностичних етапів медичного забезпечення, що дозволяє підвищити якість лікування та діагностики захворювань, покращити їх профілактику, а також забезпечити високу якість диспансеризації пацієнтів.

Відбір пацієнтів для диспансерного спостереження здійснюється лікарем загальної практики на амбулаторних прийомах, в порядку поточної звертаємості їх у лікувальні заклади. Лікар, оглядаючи хворого і встановлюючи діагноз, повинен відразу ж вирішувати питання щодо його диспансеризації. Важливе значення у структуризації системи мало визначення пріоритетних форм і методів роботи лікарів-гастроентерологів і лікарів загальної практики.

I рівень припускає, що будучи провідною фігурою у представленій системі, лікарі загальної практики (сімейні лікарі) повинні в значно більшому ступені організовувати і координувати всю лікувально-профілактичну роботу серед дорослого населення поліклінік. Для встановлення діагнозу та взяття хворого на диспансерний облік слід виходити не тільки з однократного обстеження при профогляді або на амбулаторному прийомі, але і широко користуватись лабораторними, інструментальними та іншими додатковими дослідженнями та консультаціями спеціалістів.

Лікар загальної практики (сімейний лікар) спільно з лікарем-гастроентерологом визначає чисельність диспансерних хворих і розподіляє конкретних хворих між собою та гастроентерологом в залежності від діагнозу, стадії та тривалості перебігу патологічного процесу, віково-статевих характеристик, потреби консультативної та лікувальної допомоги, необхідності проведення реабілітаційних заходів.

II рівень системи передбачає, що лікар-гастроентеролог повинен виконувати не тільки консультативні або контрольно-організаційні функції, а і безпосередньо здійснювати

централізовану диспансеризацію за показаннями. До II рівня увійшли також денний стаціонар та хірургічне відділення, що відповідає структурі реформування медичної допомоги.

Заключний етап включає відновне лікування, яке у загальній структурі системи займає істотне місце. Реабілітаційний комплекс – це лікувально-діагностичний комплекс для відновлення порушених функцій при недосягненні критеріїв здоров'я, що не потребує щоденного моніторингу. До клінічних станів, що підлягають відновному лікуванню відносяться стани після купірування гострих захворювань або загострень хронічних захворювань.

Для нормального функціонування системи необхідно, щоб між її окремими елементами був налагоджений постійний, достатній по кількості та якості обмін інформацією. Тому, нами встановлені взаємозв'язки між складовими системи, здійснення яких забезпечить результативність надання медичної допомоги на кожному етапі.

Висновок. Таким чином, систематизація клінічної практики – це середовище для розвитку процесу стандартизації. Систематизація клінічних етапів є необхідною умовою тривалого моніторингу якості медичної допомоги та витрат з метою прийняття оперативних рішень та регулювання якості та обсягів медичної допомоги.

Необхідно розробити концептуальні підходи до підвищення якості медичної допомоги шляхом формування інноваційної для української охорони здоров'я структурно-процесної системи управління медичними організаціями, де в якості основних технологій пропонується використовувати реінженеринг бізнес-процесів, інтеграцію інформаційних технологій та процесів менеджменту.

1. *Максимова Т.М.* Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения / *Т.М. Максимова* // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. – 2000. – № 5. – С. 9–14.

2. *Брескина Т.Н.* Современные подходы к организации экспертизы качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре / *Т.Н. Брескина* // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. – 2007. – № 5. – С. 32–36.
3. *Брескина Т.Н.* Технология реализации принципов TQM (всеобщего управления на основе качества) в деятельности медицинской организации / *Т.Н. Брескина* // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. – 2007. – № 3. – С. 41–43.
4. *Щетин В.О.* Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития / *В.О. Щетин, В.К. Овчаров* // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. – 2005. – № 2. – С. 3–7.
5. *Бердугин В.А.* Адаптация медицинских организаций к работе в современных рыночных условиях / *В.А. Бердугин* // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истор. медицины. – 2007. – №3. – С. 21–23.

FORMING AND DEVELOPMENT OF LOGISTIC  
APPROACH OF ORGANIZATION  
IN MEDICAL ESTABLISHMENTS

M. Shcherbinina, I. Skirda

SI “Institute of Gastroenterology of NAMS of Ukraine”  
(Dnipropetrovsk)

The complexity of the adaptation of the medical organizations to the present market relationships demands consistent and steady establishment of systematic measures targeted to the implementation of the efficient management technologies, the enhancement of the style and techniques of the managerial activities. No single activities in the field of the reorganization of the traditional bureaucratic mechanism will not resolve the problem without fundamental structural readjustment of the overall system.