

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК 16.89.-315.761.3

Децик О.З.¹, Горачук В.В.², Лаишкул З.В.³**Освітній рівень керівників закладів охорони здоров'я з питань управління якістю медичної допомоги (результати соціологічного опитування)**Івано-Франківський національний медичний університет¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (м. Київ)²Запорізька медична академія післядипломної освіти³

Резюме. У статті представлені результати соціологічного дослідження серед керівників закладів охорони здоров'я усіх рівнів медичної допомоги Запорізької, Івано-Франківської, Черкаської, Чернігівської областей та м. Києва, проведеного з метою встановлення відповідності освітнього рівня респондентів вимогам вітчизняних стандартів і нормативів з питань управління якістю медичної допомоги. Основним інструментом дослідження слугувала анкета, питання якої стосувались характеристик якості медичного обслуговування та функцій і методів управління нею. Аналіз отриманих даних засвідчив необхідність вдосконалення професійних знань представників керівної ланки з питань раціонального використання ресурсів, стандартизації медичної допомоги, оцінки якості та інформаційної підтримки управлінських рішень, що можливо шляхом безперервного професійного навчання як на додипломному, так і післядипломному рівні.

Ключові слова: *якість медичної допомоги, управління якістю, керівник.*

Постанова проблеми і аналіз останніх досліджень. Забезпечення якості медичної допомоги відбувається за рахунок сукупності взаємопов'язаних ресурсів і діяльності, яка призводить до задоволення очікувань пацієнтів. За управління якістю, згідно з міжнародними і гармонізованими з ними вітчизняними стандартами на системи управління якістю, відповідальний керівник, який в рамках менеджменту якості здійснює планування, забезпечення, оцінку і аналіз якості [3,4]. Вищезазначене потребує відповідної підготовки та безперервної післядипломної освіти управлінських кадрів з висвітленням сучасних підходів до управління якістю медичної допомоги, про що зазначають автори [1,2,5,8] на основі аналізу міжнародних і вітчизняних підходів до формування та розвитку кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я в умовах її реформування [6,7,9].

Мета дослідження. Визначити відповідність освітнього рівня керівників закладів охорони здоров'я вітчизняним стандартам і нормативним вимогам в частині виконання управлінських функцій в системі управління якістю.

Матеріал і методи дослідження

У дослідженні взяли участь керівники закладів охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ України, 5 адміністративних територій: Запорізької (210 осіб), Івано-Франківської (194 особи), Черкаської (153 особи), Чернігівської (172 особи) областей та м. Києва (120 опитаних) в кількості, репрезентативній до загального числа управлінських кадрів відповідного регіону. Респонденти представляли медичні заклади первинного, вторинного, третинного рівнів, що надавали медичну допомогу як окремо дорослому, дитячому, так і усім віковим групам населення.

Інструментом дослідження обрана спеціально розроблена анкета, зміст питань якої відповідав характеристикам якості медичного обслуговування та функціям і методам управління нею. Особливістю побудови анкети слід вважати декілька запропонованих правильних варіантів відповідей на одне запитання. Такий підхід обумовлювався комплексністю і багатогранністю поняття якості. Саме тому від кожного респондента вимагалось зазначити одночасно усі правильні відповіді; за такої умови по кожному правильному варіанту на одне запитання слід було очікувати кількість відповідей по всій статистичній сукупності, яка б наближалась до 100%.

Матеріалами дослідження слугували заповнені респондентами примірники анкетних опитувальників. Використані методи дослід-

ження: системний підхід і системний аналіз, статистичний аналіз, соціологічний.

Результати дослідження та їх обговорення

За посадами опитані розподілялись на перших керівників (найбільша кількість їх представлена в Івано-Франківській області – 55,2±3,6% від загального числа вибірки), заступників першого керівника (найвищий відсоток – 49,5±3,5 – визначений у вибірці Запорізької області), зарахованих до резерву на керівну посаду, найбільша кількість останніх нараховувалась у вибірці м. Києва – 31,7±4,2% опитаних.

Середній стаж роботи на керівній посаді коливався від 4,4 років (м. Київ) до 18,9 років (Черкаська область), а загальний професійний стаж – від 18,9 років (Запорізька область, м. Київ) до 30,6 років (Черкаська область). Респонденти мали високий професійний рівень за фахом, на що вказала питома вага опитаних з вищою та першою кваліфікаційними категоріями: відповідно від 35,9±3,9% і 32,7±3,8% у Черкаській області до 31,5±3,2% і 10,0±2,1% – в Запорізькій.

За демографічними характеристиками найбільш молодю була вибірка керівників м. Києва, середній вік якої склав 42,6 років, а найстаршою – 56,8 років – Чернігівської області. У представлених вибірках в Івано-Франківській, Чернігівській областях та м. Києві керівні посади займали переважно чоловіки (відповідно 61,3±3,5%, 54,7±3,8%, 55,8±4,5%), в Запорізькій та Черкаській – жінки (відповідно 51,4±3,4% та 53,6±4,0%).

Відповідність освітнього рівня керівників визначалась перш за все через розуміння ними змісту поняття «якість медичної допомоги». Варіанти відповідей включали основні складові якісної медичної допомоги з точки зору управління: дотримання лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу, стандартів (клінічних протоколів) медичної допомоги, безпеку медичних втручань, економне використання ресурсів, задоволеність пацієнтів медичною допомогою.

Аналіз отриманої інформації по даному питанню засвідчив, що одноставна думка стосовно складових якості у респондентів відсутня і лише частина з них включала у відповіді декілька правильних варіантів. Найбільша кількість відповідей по вибіркам – у 84,3±2,5% респондентів Запорізької, 54,1±3,6% – Івано-Франківської, 36,6±3,7% – Чернігівської, 83,0±3,0% – Черкаської областей прийшла на твердження, що якість – це дотримання лікарями стандартів (клінічних протоколів) лікування. У столиці найбільша кількість опитаних з усієї вибірки вважала ключовим змістом якості задоволеність пацієнта медичною допомогою (75,8±3,9% учасників анкетування). Останній варіант відповіді, який зайняв другу позицію з даного питання, обрали 56,7±3,4% респондентів Запорізької, 45,9±3,6% – Івано-Франківської, 31,4±3,5% – Чернігівської, 73,9±3,6% – Черкаської областей.

У Запорізькій області безпеку медичних втручань вважали складовою якості 60,0±3,4% керівників закладів охорони здоров'я, в Івано-Франківській – лише 14,4±2,5%, в Чернігівській – також незначна кількість опитаних – 19,2±3,0%. В м. Києві 34,2±4,3% респондентів засвідчили безпеку як характеристику якості медичної допомоги, а в Черкаській області – 50,3±4,0%. Разом з тим, варіант відпо-

віді «економне використання ресурсів» обрали лише 11,9±2,2% учасників анкетування Запорізької, 10,3±2,2% – Івано-Франківської, 8,7±2,2% – Чернігівської, 28,1±3,6% – Черкаської областей та 8,3±2,5% – м. Києва, що засвідчило недостатнє розуміння більшістю опитаних кожної вибірки економічного змісту категорії якості.

На запитання «Якими нормативами повинні керуватись лікарі при наданні медичної допомоги пацієнтові?» 72,9±3,1% опитаних Запорізької, 53,6±3,6% – Івано-Франківської, 44,2±3,8% – Чернігівської, 70,6±3,6% – Черкаської областей, 50,0±4,6% – м. Києва зазначили галузеві нормативи, що регулюють лікувально-діагностичний процес, а, відповідно, 44,3±3,4%, 71,1±3,3%, 52,9±3,8%, 67,3±3,8%, 62,5±4,4% – локальні протоколи (внутрішні стандарти). Прикро, що 43,6±3,8% респондентів Чернігівської, 36,6±3,9% Черкаської та 35,0±4,4% м. Києва вважали, що лікарі при визначенні терапевтичної тактики мають покладатися лише на власний досвід і знання.

Найбільша кількість відповідей щодо способів оцінки якості медичної допомоги отримав варіант «експертиза первинної медичної документації» у представників Запорізької (54,8±3,4%) та Черкаської (83,7±3,0%) областей; варіанти «шляхом соціологічного опитування пацієнтів» та «шляхом соціологічного опитування співробітників» – у представників м. Києва (відповідно 59,2±4,5% та 20,8±3,7%). Разом з тим дані результати засвідчили недооцінку керівниками закладів охорони здоров'я кожної вибірки думки пацієнтів і медичних працівників як критерію якості медичної допомоги.

На запитання «Які характеристики процесу медичної допомоги можна вважати індикаторами його якості?» більшість відповідей віднесено до правильних варіантів: «відхилення від протоколу медичної допомоги» обрали 55,7±3,4% керівників вибірки Запорізької області, 45,9±3,6% – Івано-Франківської, 36,6±3,7% – Чернігівської, 59,5±4,0% – Черкаської, 50,8±4,6% – м. Києва; «дотримання прав пацієнта» – відповідно 48,1±3,4%, 24,2±3,1%, 26,2±3,4%, 45,8±4,0%, 42,5±4,5% опитаних; «дотримання правил етики і деонтології» – відповідно 36,2±3,3%, 19,6±2,8%, 20,9±3,1%, 33,3±3,8% та 33,3±4,3% респондентів. Разом з тим переважна кількість відповідей належала варіанту «рівень кваліфікації персоналу»: його обрали 61,4±3,4% представників Запорізької, 57,7±3,5% – Івано-Франківської, 33,7±3,6% – Чернігівської, 75,2±3,5% – Черкаської областей та 82,5±3,5% – м. Києва, хоча цей варіант слід вважати індикатором результату процесу управління персоналом.

Критеріями оцінки результату наданої медичної допомоги більша частина респондентів усіх вибірок визначила варіанти «показники змін здоров'я населення території діяльності закладу», «показники змін клінічного стану пацієнта» і «задоволеність пацієнта медичною допомогою». Однак ряд важливих для керівника складових результативності медичної допомоги не віднесені більшістю респондентів до критеріїв якості: «співвідношення запланованої і фактичної вартості лікування хворого» зазначили лише 13,3±2,3% опитаних Запорізької, 10,3±2,2% – Івано-Франківської, 15,7±2,8% – Чернігівської, 17,0±3,0% – Черкаської областей та 10,0±2,7% м. Києва; «середня тривалість лікування хворих з даною нозологічною формою» – відповідно 29,0±3,1%, 17,5±2,7%, 15,7±2,8%, 32,0±3,8% та 22,5±3,8% респондентів, а «наявність/відсутність лікарських помилок, ятрогеній, інших дефектів» відповідно 39,5±3,4%, 5,2±1,6%, 8,7±2,2%, 31,4±3,8%, 21,7±3,8% учасників анкетування.

Перевагу автоматизованому способу обробки інформації для підтримки управлінських рішень з питань якості віддали більшість учасників опитування кожної вибірки, однак респонденти вважали за необхідне використання загальновідомих комп'ютерних програм (EXCELL, STATISTICA, SPSS) або уніфікованих спеціальних програмних продуктів («Кадри», «Медстат», «ІС Бухгалтерія», «Стационар», «Полікліні-

ка»). Лише незначна кількість опитаних, паралельно з вищезазначеними відповідями, обрала варіант застосування унікальних програмних продуктів, розроблених спеціально для конкретного закладу охорони здоров'я з метою моніторингу якості за індикаторами лікувально-діагностичного процесу (5,3±1,6% опитаних Запорізької, 2 особи Івано-Франківської, 13,0±3,0% респондентів Чернігівської, 25,6±3,9% – Черкаської областей, 13,3±3,1% – м. Києва).

Напрямки, за якими б керівники бажали підвищити свою кваліфікацію з питань управління якістю, стосувались переважно оцінки і контролю якості (таку відповідь надали 21,9±2,9% респондентів Запорізької, 16,0±2,6% – Івано-Франківської, 31,3±3,5% – Чернігівської, 25,5±3,5% – Черкаської областей та 18,3±3,5% учасників опитування м. Києва від загального числа опитаних по кожній вибірці). Значна кількість керівників вважала за потрібне підвищити свій фах з питань правового забезпечення якості (відповідно 19,5±2,7%, 19,1±2,8%, 27,9±3,4%, 20,9±3,3%, 17,5±3,5% від загальної кількості опитаних по кожній вибірці).

Висновки

Керівники закладів охорони здоров'я України опікуються питаннями управління якістю медичної допомоги згідно з чинними нормативними вітчизняними стандартами і вимогами, сформованим на основі міжнародних підходів. Разом з тим з ряду принципових питань не досягнуто їх одностайної думки, що, вірогідно, знижує ефективність управління закладом охорони здоров'я з питань якості, а саме:

1. Виявлено, що роль основних «споживачів» результатів діяльності закладу охорони здоров'я в сфері якості – зовнішніх (пацієнтів) і, особливо, внутрішніх (медичних працівників) – недооцінюється керівниками, як і економічна сутність категорії якості, її залежність від рівня забезпеченості ресурсами.

2. Встановлено, що однозначна думка керівників стосовно необхідності розробки і запровадження внутрішніх стандартів лікувально-діагностичного процесу на основі галузевих стандартів і нормативів не сформована, отже, процес стандартизації в керіваних ними закладах, вірогідно, не був необхідного обсягу.

3. З'ясовано, що для керівників характерна слабка диференціація індикаторів якості перебігу лікувально-діагностичного процесу та його результатів, внаслідок чого не можна очікувати їх адекватного управлінського аналізу. Останній пов'язаний зі збором і обробкою інформації для підтримки управлінських рішень з питань якості, що можливо забезпечити лише за допомогою унікальних програмних продуктів відповідно до специфіки діяльності кожного закладу охорони здоров'я, чого поки що не вказала у своїх відповідях більшість опитаних.

4. Існує потреба в подальшому підвищенні освітнього рівня керівників галузі різних рівнів медичної допомоги з зазначених питань, яку необхідно задовольнити шляхом навчання в закладах додипломної та післядипломної освіти та на робочих місцях.

Перспективи подальших досліджень в даному напрямку полягають у подальшому моніторингу відповідності рівня знань керівників галузі охорони здоров'я з питань управління якістю медичної допомоги з метою вдосконалення навчальних планів і програм на додипломному та післядипломному рівні.

Література

1. Банчук, М.В. Деякі аспекти забезпечення населення регіонів України медичними кадрами / М. В. Банчук, І. І. Волинкін, Г.В. Курчатова // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. - 2008. - № 3. - С. 15-19.
2. Вороненко Ю.В. Проблеми забезпечення якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я України / Ю.В. Вороненко // Охорона здоров'я України. - №3, 2008. - С. 20-21.

3. Державний стандарт системи менеджменту якості. Системи управління якістю. Вимоги. ДСТУ ISO 9001:2009 (ISO 9001:2008, IDT) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://nads.gov.ua/control/uk/index> – Назва з екрану.

4. Державний стандарт системи менеджменту якості. Системи управління якістю. Наставови щодо поліпшення процесів в організаціях охорони здоров'я (ДСТУ IWA 1:2007) – К: Держспоживстандарт України, 2008. – 83 с.

5. Дзяк Г.В. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані з загальноєвропейськими методами / Г.В. Дзяк, В.М. Лехан, Л.В. Крячкова // Медичні перспективи. – 2010. – Том XV. – №1. – С. 6–9.

6. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України. — Наказ від 01 серпня 2011 р. № 454. — Режим доступу: <http://news.yurist-online.com/laws/37323/> — Назва з екрану.

7. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.

8. Слабкий Г.О., Дудіна О.О. Основні міжнародні підходи до визначення і формування основ політики поліпшення якості медичних послуг / Г.О. Слабкий, О.О. Дудіна // Охорона здоров'я України. – №4, 2008. – С. 119–120.

9. Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ / Материалы пятьдесят восьмой сессии Европейского регионального комитета (2008), документ EUR/RC58/9 // Всемирная организация здравоохранения, Европейский региональный комитет. — 2008. — 27 с.

Децик О.З., Лашикул З.В., Горачук В.В.

Образовательный уровень руководителей учреждений здравоохранения по вопросам управления качеством медицинской помощи

Резюме. В статье представлены результаты социологического

исследования среди руководителей учреждений здравоохранения всех уровней медицинской помощи Запорожской, Ивано-Франковской, Черкасской, Черниговской областей и г. Киева, проведенного с целью установления соответствия образовательного уровня респондентов требованиям стандартов и нормативов к управлению качеством медицинской помощи. Основным инструментом исследования служила анкета, вопросы которой касались характеристик качества медицинского обслуживания и функций и методов управления качеством. Анализ полученных данных показал необходимость совершенствования профессиональных знаний представителей руководящего звена по вопросам рационального использования ресурсов, стандартизации медицинской помощи, оценки и информационной поддержки управленческих решений, что возможно путем непрерывного профессионального обучения на додипломном и последипломном уровне.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, управление качеством, руководитель.

Detsik O.Z., Lashkul Z.V., Gorachuk V.V.

Educational Level of Executive Agencies on Health Care Quality Management

Summary. The results of the survey of leaders at all levels of health care Zaporozhye, Ivano-Frankivsk, Cherkasy and Chernihiv regions and the city Kyiv conducted in order to establish compliance with the requirements of the educational level of the respondents reporting requirements and the management of health care quality. The main instrument of the study served as a profile, which issues relating to the characteristics of medical care and the functions and methods of quality control. Analysis of the data showed the need to improve the professional knowledge of senior representatives on the management of resources, standardization of care, evaluation, and information support management decisions, what is possible through continuous training for undergraduate and postgraduate level.

Keywords: quality of care, quality management, director.

Надійшла 10.12.2012 року.

УДК: 616.1:613.863]:001.8

Клименко В.І.

Інформована добровільна згода пацієнта - самоконтроль якості надання медичної допомоги

Кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи (зав. каф. – доцент, д.мед.н. В.І.Клименко) Запорізького державного медичного університету

Резюме. У статті на підставі аналізу інформованості пацієнтів терапевтичного профілю про характер і особливості перебігу захворювання, діагностики та лікування під час підписання ним «Інформованої добровільної згоди пацієнтом на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення» (ф. №003-6/о) доведено, що підписана інформована добровільна згода є однією з форм контролю якістю медичної допомоги.

Ключові слова: якість медичної допомоги, інформована згода, біоетика.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Найважливішими цінностями людини протягом всього її існування залишаються життя та здоров'я. У процесі еволюції поступово виникали потреби у медичній допомозі, а лікарі в різні часи своєї наукової діяльності експериментували, тому що без випробування, без наукового експерименту, без дослідження неможливо отримання доказів позитивного впливу методів діагностики чи лікування на організм людини, а отже і їх широке розповсюдження та впровадження. Чим швидше здійснювався науково-технічний прогрес в усіх сферах діяльності суспільства, тим стрімкіше розвивалася медицина як наука. Як наслідок всього вище зазначеного в минулому ХХ столітті відбулося чимало трагічних доказів: Нюрнберзький судовий процес (1947 р.); судовий процес в Хабаровську (1949 р.). Результатом обговорення та засуд-

ження міжнародною спільнотою жорстокого відношення та антигуманних методів досліджень над військовополоненими, жінками та дітьми в нацистських концентраційних таборах і спеціальних лабораторіях фашистського рейху стало прийняття історичного документу – «Нюрнберзького кодексу» (1947 р.). Вже через рік на Генеральній Асамблеї ООН було прийнято ще один документ - «Загальна декларація прав людини» (1948 р.), яка наголосила, що кожна людина має право вільно брати участь у науковому прогресі та користуватися його благами. Враховуючи існування на сьогоднішній день надзвичайної кількості наукових, клінічних, експериментальних та інших видів досліджень, які потребують залучення людини, а також введення галузевих стандартів та клінічних протоколів, заснованих на принципах доказової медицини, виникла необхідність жорсткого контролю за виконанням норм біоетики лікарями [1]. Не менш важливим і основним критерієм діяльності системи охорони здоров'я є контроль за якістю медичної допомоги [3]. На сьогоднішній день не існує єдиної загальноприйнятої моделі щодо контролю якості медичної допомоги. В основу поліпшення якості медичної допомоги покладено контроль та покращення діяльності системи охорони здоров'я через впровадження принципів доказової медицини з врахуванням безпеки та ефективності медичних послуг і технологій [1-3]. Виявлено,