

УДК 364.444;К 67

О.П. КОРНІЙЧУК, к. екон. н.

/Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В.Птухи НАН України, Київ/

Соціальні складові структури індикаторів якості надання медичної допомоги

Резюме

Социальные составляющие структуры индикаторов качества оказания медицинской помощи

А.П. Корнейчук

В статье через призму социальной составляющей раскрыта структура индикаторов качества оказания медицинской помощи.

Исследование построено на основании результатов анализа статистических данных и сведений, изложенных в «Национальном докладе о развитии человечества 2011 г.», «Целях развития тысячелетия. Украина 2010 г.», исследовании «Трагедия, которую можно избежать. Преодоление в Украине кризиса здоровья человека», Послании Президента Украины «О внутреннем и внешнем положении Украины в 2012 г.», «Ежегодном докладе о состоянии здоровья населения в 2010 г.», проекте ЕС «По способствованию реформе вторичной медико-санитарной помощи в Украине» 2009 г., научных исследованиях отечественных и зарубежных ученых в этой сфере.

Результатом исследования является определение показателей социального результата в структуре индикаторов качества оказания медицинской помощи. Это касается увеличения в течение трех лет на 20% доступности первичной медико-санитарной помощи, снижения на 15% смертности, в первую очередь мужчин работоспособного возраста и на 10% части лиц, отторгнутых от системы здравоохранения. Определена необходимость первоочередной разработки клинических протоколов по 11 видам заболеваний, являющихся основными причинами преждевременной смерти, 25% которых можно избежать путем эффективного лечения.

Для достижения показателей социального результата предложено внедрение индикаторов законодательно-нормативного обеспечения оказания медицинской помощи на основе приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) на базе семейного врача. Это предусматривает 35% финансирование ПМСП в Украине, детенизацию оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: индикаторы качества; социальные составляющие, медицинская помощь

Summary

Social aspects of the Structure of Indicators of Quality of Healthcare

O.P. Korniychuk

The article revealed through the lens of the social dimension the structure of the indicators. The study is built on the analysis of statistical data and information posted in the «National Human Development Report 2011», «Millennium Development Goals. Ukraine 2010», the study «Tragedy can be avoided. Overcoming the health crisis in Ukraine», Message of the President of Ukraine». On the internal and external situation of Ukraine in 2012», «Annual Report on the state of health of the population in 2010», EU project «Support to Secondary Health Care in Ukraine» 2009, researches of domestic and foreign scholars in this field.

The result of the study is to identify indicators of social outcomes in the structure of the indicators of quality of care. This includes an increasing for three years at 20% availability of primary healthcare, reduction of mortality by 15%, primarily men of working age, and 10% share of annexations of the health system. It is defined necessity of the priority the development of clinical protocols regarding 11 kinds of diseases that are major causes of premature death, and 25% of which can be avoided by effective treatment.

To achieve social outcome indicators, it is proposed to implement indicators legislative and regulatory provision of health care based on priority development of primary healthcare as a family doctor in Ukraine. It provides 35% funding for primary health care in Ukraine, legalization of medical care.

Key words: quality indicators, social components, medical care

В системі охорони здоров'я України відсутній дієвий механізм забезпечення безпеки пацієнтів, оцінки задоволення отриманою медичною допомогою та індикаторів якості, які можна виміряти.

Нерозробленість індикаторів якості надання медичної допомоги блокує розвиток системи охорони здоров'я України.

Окрім незначної кількості клінічних індикаторів, в Україні відсутній системно розроблені та впроваджені індикатори якості медичної допомоги. Розпочате в 2010 р. практичне реформування системи охорони здоров'я у чотирьох пілотних регіонах не базується на індикаторах результату та процесу. Так, що стосується

первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), то все звелось до законодавчого визначення завершення до 2020 р. переходу на інститут сімейної медицини. Національні стандарти, які відповідають міжнародним критеріям надання на первинному, вторинному, третинному рівнях екстреної медичної допомоги, паліативної та хоспісної медичної допомоги, – практично відсутні. Існує лише низка наказів МОЗ, які затверджують та впроваджують медико-технологічні документи зі стандартами медичної допомоги для лікування незначної кількості захворювань та надання медичної допомоги при невідкладних станах [1–13].

Питання управління якістю надання медичної допомоги, особливо в частині її оцінки і контролю, знаходиться на початковому етапі як наукових досліджень, так і практичного запровадження.

Вітчизняними науковцями В.М. Богомаз, В.М. Пономаренко, В.А. Сміяновою [14, 15, 16] та іншими та закордонними А.С. Юрьєвим, Р.У. Хабрієвим, Robert Anderson [17, 18, 19] та іншими в основному досліджуються методичні підходи до розробки індикаторів якості та узагальнюється досвід передових країн.

Необхідне обґрунтування мети, механізму встановлення, поширення і застосування найкращої **управлінської, ресурсної та клінічної практики**, належної оцінки розпорядником фінансових ресурсів рівня професійної самооцінки та саморегулювання медичного персоналу, дієвості ролі пацієнтів у планах розвитку охорони здоров'я.

Безперервне покращання якості медичної допомоги має ґрунтуватися на удосконаленні системи надання медичної допомоги на основі розробки стратегії управління якістю медичною допомогою. Регулюючу функцію в її реалізації для вирішення невідкладних завдань необхідно надати Службі з акредитації якості і стандартизації медичної допомоги.

З метою сприяння розробці стратегії управління якістю медичної допомоги, нами підготовлене це дослідження.

Мета дослідження: розробка соціальних показників структури індикаторів якості надання медичної допомоги для практичного використання при розробці стратегії забезпечення та оцінки ефективності використання фінансових ресурсів в системі охорони здоров'я на рівні міст, районів, області та держави.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено з використанням методів системного та порівняльного аналізу.

Враховуючи складність досліджуваних питань, існує потреба в уточненні деяких понять і термінів, що їх означають.

Контент. Якість надання медичної допомоги – це ступінь розширення можливостей лікаря на основі сучасних професійних знань та пацієнта щодо отримання бажаного результату стосовно його здоров'я.

Індикатори якості медичної допомоги – це показники, які вимірюють і характеризують певний аспект діяльності системи охорони здоров'я.

Структура індикаторів якості включає: **індикатори результату**, що характеризують ступінь досягнення мети при наданні різних видів медичної допомоги; **індикатори медичного процесу** окреслюють дотримання медичних технологій; **індикатори ресурсів** визначають можливості кожного медичного суб'єкта надавати відповідно до його забезпечення якісну медичну допомогу; **індикатори законодавчо-нормативного забезпечення** характеризують рівень законодавчого, урядового та відомчого регулювання забезпечення прав лікарів та пацієнтів структурі системи охорони здоров'я у відповідності до вимог передових країн.

Індикатори мають враховувати такі ключові напрями, як безпека, досвід пацієнтів та результат, якість процесу.

Соціальні складові в структурі індикаторів якості – це показники соціального результату, які характеризують рівень задоволення потреб пацієнтів в медичній допомозі та її доступності. Для характеристики рівня задоволення потреб пацієнтів нами віднесено коефіцієнт загальної смертності та смертності чоловіків працездатного віку. Оцінка доступності здійснюється через коефіцієнти

охоплення, надання послуг ПМСД, в першу чергу відторгнення від системи охорони здоров'я громадян.

Законодавчо-нормативні складові – це параметри забезпечення функціонування видів надання медичної допомоги, завдяки чому досягаються соціально-економічні результати розвитку системи охорони здоров'я.

Шість вимірів якості, як мета діяльності медичного закладу: безпека, ефективність, орієнтація на пацієнта, своєчасність, раціональність, справедливість.

Для забезпечення належної якості надання медичної допомоги необхідне комплексне вдосконалення функціонування системи охорони здоров'я.

Індикатори використовуються для управління процесом підвищення якості медичних послуг шляхом встановлення стандартів та порівнянь з ними отриманої інформації.

Основною складовою функцією управління є якісне планування. Важливим є визначення ключової проблеми, яку потрібно вирішити, – доступність і якість медичної допомоги. В першу чергу це стосується охоплення громадян первинною медичною допомогою. Головними дієвими особами при досягненні цієї мети мають бути сімейний лікар та пацієнт.

Мета реформування системи охорони здоров'я в Україні полягає в забезпеченні прийняттого стану здоров'я та якості медичної допомоги і послуг для всіх громадян України, виходячи із національних стандартів.

Основними завданнями реформування є забезпечення рівного та справедливого доступу всіх громадян до медичної допомоги та послуг належної якості; поліпшення стану здоров'я населення, в першу чергу найбільш вразливих верств; забезпечення ефективного використання ресурсів державного та місцевого фінансування.

Принциповим підходом до оцінки діяльності системи охорони здоров'я є покращення якості надання медичної допомоги, а не значення показників, які можуть використовуватися для маніпуляцій з цифрами.

Індикатори якості надання медичної допомоги є інструментами моніторингу впровадження стандартів організації надання медичної допомоги. На практиці обрахування індикаторів мають забезпечувати підготовлені фахівці – економісти та статистики від розпорядника фінансових ресурсів.

Вказані дані мають базуватися на порівнянні медичної документації, яка автоматизована у бази інформації з отримання чітких програм щодо чисельника і знаменника індикатора та вимог конфіденційності з попереднім захистом інформації, в тому числі і для інших закладів. Основним значенням є чітке уніфіковане визначення понять «пацієнт» і «хворий» як фізична особа, а не «випадок госпіталізації», «первинної хвороби» та узгоджене із загальноприйнятими міжнародними класифікаторами.

Результати та їх обговорення

Індикатори соціального результату, що стосуються зменшення смертності працездатного населення та дитячої смертності, поліпшення здоров'я матерів, доступності і якості ПМСД, обмеження поширення ВІЛ/СНІД, туберкульозу, забезпечення умов для впровадження здорового способу життя, викладені в табл. 1.

Нами виділені основні законодавчо-нормативні індикатори забезпечення якості надання медичної допомоги: 35% фінансування ПМСД; 60% частка фінансування місцевих бюджетів у загаль-

Таблиця 1. Індикатори соціального результату

| № | Мета та завдання | Міжнародні та національні стандарти індикаторів якості передових країн | Показники для моніторингу | Поточний стан справ | Орієнтир на 2015 рік |
|---|---|--|---|---------------------|----------------------------|
| 1 | Зменшення смертності працездатного населення, в першу чергу чоловіків. Завдання №1. Зменшення протягом 3 років на 15% смертності громадян працездатного віку | | 1.1. Коефіцієнт смертності у працездатному віці (співвідношення кількості померлих за рік працездатного віку до середньорічної чисельності працездатного населення). 1.2. Коефіцієнт смертності чоловіків працездатного віку (співвідношення кількості померлих чоловіків за рік працездатного віку до середньорічної чисельності працездатного населення) [20, с.72–73] | | На 15% На 15% |
| 2 | Скорочення дитячої смертності. Завдання №2. Скоротити на 15% смертність серед дітей у віці до 5 років протягом 3-х років | Цілі розвитку, сформульовані у Декларації Тисячоліття ООН (ЦРТ) [21] | 2.1. Рівень смертності немовлят: кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими. 2.2. Рівень смертності дітей віком до 5 років: кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими [21, с. 98–99] | | 8,16 11 |
| 3 | Поліпшення здоров'я матерів. Завдання №3. Знизити на 15% за 3 роки показник материнської смертності | ЦРТ | 3.1. Рівень материнської смертності: кількість материнських смертей на 100000 народжених живими. 3.2. Рівень абортів: кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку [21, с. 98–99] | | 13,0 15,1 |
| 4 | Поліпшення доступності первинної медико-санітарної допомоги на базі пріоритетного розвитку сімейної медицини і на цій основі зменшення захворюваності, госпіталізації громадян, викликів «швидкої допомоги» та покращення здоров'я дітей першого року життя. Завдання №4А. Скоротити за період з 2013 по 2015 рр. на 25% частку населення, яке не звертається за наданням послуг ПМСД. Завдання №4Б. Збільшити на 20% частку населення, якому надаються послуги ПМСД на засадах сімейного лікаря. Завдання №4В. Покращення на 5% індексу здоров'я дітей першого року життя | WONCA [20] | 4.1. Коефіцієнт охоплення населення послугами ПМСД (частка громадян, які звернулись за отриманням послуг ПМСД до середньорічної чисельності населення). 4.2. Коефіцієнт надання послуг ПМСД (частка громадян, які звернулись за отриманням ПМСД до середньорічної чисельності громадян, які знаходились на обліку в установах ПМСД). 4.3. Коефіцієнт охоплення населення послугами сімейного лікаря (частка громадян, яким надавалась медична допомога сімейним лікарем до середньорічної чисельності населення). 4.4. Коефіцієнт надання послуг сімейними лікарями (частка громадян, які звернулись до сімейних лікарів за отриманням ПМСД до середньорічної чисельності громадян, які знаходились на обліку у них). 4.5. Індекс здоров'я дітей першого року життя (співвідношення кількості дітей першого року життя, які не хворіли, до середньорічної чисельності дітей першого року життя) | | |
| 5 | Поліпшення якості первинної медико-санітарної допомоги і на цій основі зменшення госпіталізації громадян, викликів «швидкої допомоги». Завдання №5А. Зменшити на 20% госпіталізацію громадян за рахунок своєчасного надання медичної допомоги, в першу чергу ПМСД. Завдання №5Б. Зменшення на 25% викликів «швидкої допомоги» | | 5.1. Коефіцієнт госпіталізації ПМСД (частка госпіталізованих по відношенню до середньорічної чисельності населення, якому надаються зазначені послуги). 5.2. Коефіцієнт викликів «швидкої допомоги» (співвідношення кількості викликів «швидкої допомоги» до середньорічної кількості населення) [20, с. 72–73] | | На 20% На 25% |
| 6 | Обмеження поширення ВІЛ/СНІД і започаткування тенденції до скорочення його масштабів. Завдання №6. Зменшити на 13% темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІД | ЦРТ | 6.1. Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тисяч населення. 6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІД, %. 6.3. Кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ на 100 тисяч населення. 6.4. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, % [21, с. 98–99] | | 49,1 +4,0 8,0 2,0 |

ній структурі фінансування, детінізація неформальних платежів населення за 2 роки на 20% (від 42 до 20%), забезпечення частки державного замовлення щодо підготовки сімейних лікарів і сімейних медсестер до 25–30% від загальної кількості, переведення в 2014 р. фінансування всіх установ та закладів на принцип загального бюджету, надання медичним установам та закладам статусу

автономії на основі переведення їх в юридичну форму як комунальних (державних) неприбуткових підприємств; щорічне збільшення на 5% частки населення, яке проживає в екологічно чистому районі (див.табл. 2).

Достатньо актуальними є розробка та запровадження сучасних медико-економічних стандартів надання різних видів медико-

Таблиця 2. Індикатори законодавчо-нормативного забезпечення

| № | Мета та завдання | Міжнародні та національні стандарти індикаторів якості передових країн | Показники для моніторингу | Поточний стан справ | Орієнтир на 2015 рік |
|---|--|--|---|--|--|
| 1 | Законодавчо врегулювати рівень захисту прав лікарів та пацієнтів відповідно до вимог передових країн. Завдання 1А. Законодавчо врегулювати заохочення лікарів до розвитку саморегульованих організацій – Асоціацій, які здатні взяти відповідальність за контроль якості підготовки та перепідготовки кадрів, їх професійної придатності та захисту прав. Завдання 1Б. Законодавчо врегулювати заохочення пацієнтів до створення Асоціацій щодо захисту їх прав | ЄС | Значна частка лікарів охоплених членством у відповідних асоціаціях. | Незначна | Збільшити на 15–20% |
| | | ЄС | Значна частка пацієнтів охоплених членством у відповідних асоціаціях | Незначна | Збільшити на 15–20% |
| 2 | Привести структуру надання медичної допомоги до реальних потреб конкретного громадянина та громади. Завдання 2А. Законодавчо врегулювати передачу важелів міськ/рай/облрадам, які обираються, по створенню умов для надання відповідно своєчасної і якісної первинної, вторинної, третинної, паліативної та хоспісної і екстреної медичної допомоги. Завдання 2Б. Законодавчо врегулювати пріоритетність розвитку ПМСД. Завдання 2В. Законодавчо врегулювати порядок надання спеціалізованої, високоспеціалізованої та екстреної медичної допомоги обласними радами та облдержадміністраціями. Передбачити передачу відповідних установ МОЗ, НМАНУ та ін. міністерств і відомств, які знаходяться на їх території, на баланс управління охорони здоров'я областей | ЄС | Частка фінансування місцевих бюджетів має складати 60–70% від загальних витрат на систему охорони здоров'я. | До 20% на рівні міськ/райради | 40–45% |
| | | ЄС | Прийняття змін до закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». | Реально 4–5% | 22% |
| | | ЄС | Частка фінансування ПМСД – 35% від загальних витрат на систему охорони здоров'я. Частка фінансування має складати близько 50% від загальних витрат на охорону здоров'я | Близько 75% | 60–55% |
| 3 | Детінізувати надання медичної допомоги населенню. Завдання 3А. Законодавчо передбачити перехід всіх установ та закладів системи охорони здоров'я на фінансування за принципом загального бюджету. Завдання 3Б. Законодавчо врегулювати введення загальнодержавного обов'язкового медичного страхування. Завдання 3В. Законодавчо вдосконалити механізм добровільного медичного страхування | ЄС | Відсутні неформальні платежі населення. | Частка неформальних платежів населення складає близько 42% із загальних витрат[25]. | Зменшення неформальних платежів на 15–20%. |
| | | ЄС | Переведення фінансування всіх установ та закладів у 2014 р. на принципи загального бюджету. | Дуже незначна частка (функціонування приватних медичних закладів та в м. Києві у двох пілотних районах, де створені комунальні неприбуткові центри ПМСД). Відсутнє | 100% |
| | | ЄС | Охоплення 100% громадян. | Відсутнє | 25% населення України (4 пілотних регіони) 5–10% із представників середнього класу |
| | | ЄС | Охоплення 15–20% громадян | Кілька % | |
| 4 | Привести стан підготовки та перепідготовки медичного персоналу до реальних потреб населення. Завдання 4А. Привести об'єм державного медичного замовлення до потреб пріоритетного розвитку ПМСД. Завдання 4Б. Привести об'єм державного замовлення перепідготовки медичних кадрів, в першу чергу сімейних лікарів, до потреб пріоритетного розвитку ПМСД | ЄС | Частка студентів медичних вищих навчальних закладів та середньоспеціальних навчальних закладів, які готують сімейних лікарів та сімейних медичних сестер, складає 25–30% від загальної кількості. | Дуже незначна частка | 5–10% |
| | | ЄС | Частка лікарів терапевтів і педіатрів, які проходять перепідготовку, складає до 30–40% від їх загальної кількості. При цьому створюються умови самостійного вибору зазначеною категорією лікарів місця навчання | Кілька % Відсутній вільний вибір | 10–15% Вільний вибір |
| 5 | Приведення стану середовища проживання громадян (якість води, повітря, продуктів харчування) до стандартів передових країн. Завдання 5А. Щорічне збільшення частки населення на 5%, яке проживає в екологічно чистому регіоні. Завдання 5Б. Щорічне збільшення частки населення на 5%, яке проживає в належних, згідно із стандартами передових країн, житлово-комунальних умовах | ЄС | Частка населення, яка проживає в екологічно чистих умовах та має доступ до екологічно чистих продуктів харчування, – 90–95%. | Кілька % населення | Збільшення на 5% |
| | | ЄС | Частка населення, яке проживає в належних житлово-комунальних умовах згідно із стандартами передових країн – 90–95%. | Значна частка населення проживає в належних житлово-комунальних умовах | Збільшення на 5% |

Таблиця 3. Індикатори медичного процесу

| № | Мета та завдання | Міжнародні та національні стандарти індикаторів якості передових країн | Показники для моніторингу | Поточний стан справ | Орієнтир на 2015 рік |
|---|---|--|--|--|---|
| 1 | <p>Підвищити якість та доступність первинної, вторинної, третинної, екстреної, паліативної та хоспісної і реабілітаційної медичної допомоги.</p> <p>Завдання 1А. Розробити та запровадити сучасні медико-економічні стандарти надання різних видів медико-санітарної допомоги.</p> <p>Завдання 1Б. Розробити клінічні протоколи для найпоширеніших захворювань і відповідних процедур, які охоплюють близько 75–90% випадків з якими працює медичний персонал за видами надання медичної допомоги.</p> <p>Завдання 1В. Розробити та впровадити 22 національних клінічних індикатори, які будуть придатними для порівняння якості медичної допомоги з передовими країнами ОЕСР (OECD).</p> <p>Завдання 1Г. Першочергова розробка клінічних протоколів стосовно 11 видів захворювань, які є основними причинами передчасної смерті і 25% якої можна уникнути шляхом ефективного лікування [19, с. 27]</p> | <p>Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» [29]. ДСГ (DRG) Діагностично – споріднені групи</p> <p>Європейський стандарт з управління закладами (CEN-TC 348), стандарти JCAHO; EFQM WHOSIS, CISID [29]</p> <p>Стандарти країн ОЕСР; національні стандарти Великої Британії</p> <p>Європейський стандарт з управління закладами (CEN-TC 348), стандарти JCAHO; EFQM</p> | <p>1.1. Розробка близько 500 груп DRG.</p> <p>1.2 Для оцінки економічної ефективності надання медичної допомоги застосувати такі індикатори: 1. Сума Costweighted DRG – груп / операційні витрати (DRG продуктивність, вартіснова ваговий індекс активності). 2. Стандартизоване [29, с. 27] щодо віку та статі використання різних видів медичної допомоги та послуг у рамках регіону (областей, району). 3. DRG – відкоригований строк перебування у стаціонарі. 4. DRG – відкоригований відсоток повторних госпіталізацій у 28-денний строк. 10.3. Розробка клінічних протоколів на найпоширеніші захворювання. 10.4. Розподіл клінічних індикаторів якості на категорії (можливо на 14 як у Великій Британії). 10.5. Розробка клінічних протоколів щодо 11 видів захворювань</p> | <p>Потребують розробки.</p> <p>Потребують розробки та доопрацювання діючі накази міністерства охорони здоров'я, якими затверджені медико-технологічні документи, що розроблені на засадах доказової медицини.</p> <p>Потребують розроблення.</p> <p>Потребують розробки та доопрацювання діючі накази міністерства охорони здоров'я, якими затверджені медико-технологічні документи, які розроблені на засадах доказової медицини (у 2011–2012 роках 10 наказів) [20–29, 30, 32–33]</p> | <p>Щорічна розробка від 50 до 100 груп DRG для кількісного обліку діяльності центрів ПМСД та лікарень, опису різних профілів випадків пацієнтів, що отримують медичну допомогу. Протягом 4 років забезпечити їх опрацювання.</p> <p>Щорічне розроблення не менше ніж 10 клінічних індикаторів.</p> <p>Протягом 3 років забезпечити їх опрацювання</p> |

санітарної допомоги на базі DRG (діагностично споріднених груп); розробка та впровадження 22 національних клінічних індикаторів, які будуть придатними для порівняння якості медичної допомоги з передовими країнами. Необхідна першочергова розробка клінічних протоколів стосовно 11 видів захворювань, які є основними причинами передчасної смерті і 25% якої можна уникнути шляхом ефективного лікування (див. табл. 3) [28].

Індикатори ресурсного забезпечення визначають 15% зростання фінансування профілактичної допомоги, збільшення в 5 разів кількості сімейних лікарів і в 4 рази закладів ПМСД, переобладнання 65% установ у сільській місцевості, розгортання мережі хоспісів (див. табл. 4).

Визначені на 2013–2015 рр. соціальні показники індикаторів якості надання медичної допомоги мають забезпечити збільшення на 20% частки населення, якому надаються послуги ПМСД на засадах сімейного лікаря, покращення на 5% індексу здоров'я дітей першого року життя, а також зменшення на 20% госпіталізації громадян за рахунок своєчасного надання ПМСД.

Зазначені заходи мають призвести до зменшення на чверть викликів швидкої допомоги, на 15% зниження смертності громадян працездатного віку, скорочення на 15% смертності серед дітей у віці до п'яти років та показників материнської смертності.

Це має бути досягнуто за рахунок реформування соціальної політики, спрямованої на адресну допомогу найбільш бідним верствам населення та мотивації решти до самореалізації, як це визначено в Програмі економічних реформ України на 2010–2014 рр., в Указі Президента України № 128/2013 про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство,

конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» та інших документах [29–33].

Розроблені індикатори інституційного забезпечення вказують на необхідність внесення невідкладних змін до законодавчого забезпечення реформування системи охорони здоров'я. Це уможливить початок структурних реформ. Важливим є ресурсне забезпечення розвитку видів медичної допомоги, в першу чергу ПМСД.

Враховуючи надзвичайну важливість та складність зазначених проблем, доцільно було б створення при Комітеті Верховної Ради з питань охорони здоров'я науково-експертної групи для законодавчого супроводу, розробки і впровадження індикаторів якості надання медичної допомоги та стратегії її реалізації.

Висновки

Важливим завданням реформування охорони здоров'я є розробка і впровадження соціальних складових в структурі індикаторів якості. Це дозволить скоординувати управлінські заходи по зменшенню смертності громадян працездатного віку, а також дитячої і материнської.

В Україні індикатори якості надання медичної допомоги частково опрацьовані стосовно окремих захворювань людини. Що стосується індикаторів якості надання медичної допомоги закладами конкретного профілю, то цей напрямок практично не розроблений.

Успішний розвиток реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах і в цілому в Україні можливий на основі оптимальних структурних змін її розвитку на базі пріоритетного функціо-

Таблиця 4. Індикатори ресурсного забезпечення

| Мета та завдання | Міжнародні та національні стандарти індикаторів якості передових країн | Показники для моніторингу | Поточний стан справ | Орієнтир на 2015 рік |
|--|---|---|---|---|
| <p>Задовольнити очікування населення в доступності і якості медичної допомоги на основі ефективного використання ресурсів.</p> <p>Завдання 1А. Збільшити на 15% фінансування профілактичної допомоги населенню.</p> <p>Завдання 1Б. Збільшити на 20% від загальних витрат на охорону здоров'я фінансування первинної медико-санітарної допомоги з пріоритетністю сімейного лікаря.</p> <p>Завдання 1В. Збільшення на 4% від загальних витрат на охорону здоров'я витрати на екстрену допомогу.</p> <p>Завдання 1Г. Збільшити на 5% від загальних витрат на охорону здоров'я фінансування паліативної та хоспісної допомоги.</p> <p>Завдання 1Д. Збільшення у 5 разів кількості сімейних лікарів від загальної кількості лікарів системи охорони здоров'я і доведення їхньої чисельності до 35–40% від загальної кількості лікарів.</p> <p>Завдання 1Е. Збільшити в 4 рази число закладів ПМСД.</p> <p>Завдання 1Ж. Здійснити переоснащення медичним обладнанням, транспортом та забезпечення медикаментами:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 65% установ ПМСД у сільській місцевості; – на 50% збільшити укомплектування санітарним транспортом установ ПМСД. <p>Завдання 1З. Розгорнути мережу хоспісів та відділень надання паліативної допомоги</p> | <p>Франції, Німеччини</p> <p>9,4 лікаря на 10 тис. населення [22, с. 138]</p> <p>4,9 закладів на 10 тис. населення [22]</p> | <p>1.1. Частка фінансування профілактичної допомоги в загальній структурі витрат на надання медичної допомоги має складати 20%.</p> <p>1.2. Частка фінансування ПМСД має складати 25–30% від загальних витрат на систему охорони здоров'я [20, с. 74].</p> <p>1.3. Частка фінансування ПМСД має складати до 10% від загальних витрат на систему охорони здоров'я.</p> <p>1.4. Частка фінансування паліативної та хоспісної допомоги має складати до 7% від загальних витрат на систему охорони здоров'я.</p> <p>1.5. Частка сімейних лікарів в системі охорони здоров'я повинна складати не менше 35–40% від загальної кількості лікарів [20, с. 74–75].</p> <p>1.6. Частка закладів ПМСД в системі охорони здоров'я складає 4,9 на 10 тис. населення.</p> <p>1.7. Переоснастити медичним обладнанням 65% центрів ПМСД та інших установ ПМСД [20, с. 75].</p> <p>1.8. Збільшити на 50% забезпечення санітарним транспортом установ ПМСД [20, с. 75; 24; 25].</p> <p>1.9. Створити мережу хоспісів та відділень надання паліативної допомоги</p> | <p>До 5%</p> <p>До 4% (реально) 2% від загальної кількості лікарів</p> <p>1,2 закладів на 10 тис. населення [22, с. 138]</p> <p>На початковому етапі розвитку</p> | <p>20%</p> <p>25–30%</p> <p>10%</p> <p>7%</p> <p>35–40%</p> <p>4,9 на 10 тис. населення</p> <p>Переоснастити медичним обладнанням 35% центрів ПМСД та інших установ ПМСД.</p> <p>Збільшити на 25% постачання санітарним транспортом установ ПМСД. Створити повноцінну мережу хоспісів та відділень надання паліативної допомоги в пілотних регіонах</p> |

нування ПМСД. Щоб досягти рівня соціальних показників розвитку системи охорони здоров'я, необхідне одночасне впровадження інституційних, ресурсних та медичних груп індикаторів. Роль розпорядників бюджетних коштів в містах, районах, областях та у державі в цілому має базуватись на оцінці досягнутих соціальних показників.

Зазначені у дослідженні підходи є актуальними для урахування при розробці стратегії управління якістю медичної допомоги. Вони обґрунтовують необхідність створення Служби з акредитації якості і стандартизації медичної допомоги.

Список використаної літератури

1. Наказ МОЗ України від 28.01.2011 №42 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця». – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
2. Наказ МОЗ та НАМН України від 11.05.2011 №280/44 «Про затвердження стандарту та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «нефрологія» (хронічна хвороба нирок). – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
3. Наказ МОЗ України від 23.11.2011 №816 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на закладах доказової медицини» (Ішемічна хвороба серця: стабільна стенокардія напруж; діаліз на терапію у дітей з гострою та хронічною нирковою недостатністю; гострими отруєннями речовинами нефротоксичної дії; Рак молочної залози; Гострий неускладнений цистит у жінок; Глаукома первинна відкритокутова). – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
4. Наказ МОЗ України від 27.12.2011 №976 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Вагінальні пологи після кесаревого розтину». – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
5. Наказ МОЗ України від 27.12.2011 №977 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.2003 року №582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (кесарів розтин). – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
6. Наказ МОЗ України від 25.04.2012 №311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі». – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
7. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 №384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії». – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
8. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 №600 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при диспепсії». – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
9. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 №601 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів». – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
10. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 №602 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті» (Інсульт ішемічний головного мозку; Системний тромболізис при ішемічному інсульті). – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>
11. Наказ МОЗ України від 22.11.2000 р. №305 «Про затвердження Критеріїв медико-економічної оцінки надання стоматологічної допомоги на I, II та III рівнях (амбулаторна допомога)». – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20001122_305.html
12. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 р. №743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги». Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html

13. Тимчасові стандарти надання медичної допомоги при невідкладних станах. – К., 2005. – Режим доступу: <http://medsoft.ucoz.ua/load/2-1-0-2>
14. Богомаз В.М. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я / В.М. Богомаз, Є.Л. Горох, О.М. Ліщишина, О.М. Новічкова, Г. Росс, А.В. Степаненко // Укр. мед. часопис. – 2010. – №1.
15. Пономаренко В.М. Методологічні підходи до визначення індикаторів оцінки якості діяльності системи охорони здоров'я / В.М. Пономаренко, А.Б. Зіменковський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – №2. – С. 31–34.
16. Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В.А. Сміянов // Якість медичної допомоги. – 2011.
17. Юрьев А.С. Методические подходы к реформированию актуальных индикаторов качества медицинской помощи / А.С. Юрьев, М.В. Авксентьева, П.А. Воробьев, С.Н. Горбунов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – №8.
18. Хабриев Р.У. Индикаторы качества оказания медицинской помощи / Р.У. Хабриев, П.А. Воробьев, А.С. Юрьев, Е.Л. Никонов, М.В. Авксентьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – №10.
19. Robert Anderson. Second European Quality of Life Survey / Robert Anderson, Branislav Mikuliz, Greet Vermeylen, Maija Lyly-Yrjanainen and Valentina Zigante // European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Режим доступу: www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf.
20. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – К.: Укрмеднига, 2012. – №2. – 118с.
21. Цілі розвитку тисячоліття. Україна 2010/ Міністерство економіки України // К., 2010. – 108 с. – Режим доступу: www.ime.edu.ua.net/cont/Cili.pdf
22. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина / [під ред. В. Князевича]. – К., 2010. – с. 404.
23. Ситуаційний аналіз сімейної медицини в Україні за січень–червень 2009 року. – К., 2009. – 32 с.
24. Ситуаційний аналіз сімейної медицини в Україні. 2010 / Г. Слабких. – К., 2011. – 28 с.
25. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2010 році / Статистичний бюлетень // Державна служба статистики України. – К., 2012.
26. Світовий банк. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. – 67 с.
27. Програма економічних реформ України на 2010–2014 рр. – Режим доступу : <http://www.aso.org.ua/ua/node/43>.
28. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2012 році: Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К.: НІСД, 2012. – 256 с.
29. Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». Модель фінансового відшкодування (на прикладі DRG), адаптована до застосування в пілотних областях. Індикатори результативності роботи. – Режим доступу: www.eu-shc.com.ua/catalogs/4/54/95/412/1Book6_DRG.pdf
30. Характеристика реалізації стратегічних завдань з оптимізації системи охорони здоров'я України в 2010 році. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік: [монографія] / за ред. О.В. Аніщенко. – К., 2011. – 544 с.
31. Характеристика стану здоров'я населення України. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України. 2010 рік: [монографія] / за ред. О.В. Аніщенко. – К., 2011. – 459 с.
32. Указ Президента України №128/2013 «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/128/2013>.
33. Національна доповідь про людський розвиток 2011. Україна на шляху до соціального залучення / під ред. Ру Гріффітс. – К., 2011. – 124 с. Режим доступу: www.undp.org.ua/files/ua_95644NHDR_2011_Ukr.pdf.