

Система забезпечення якості медичної допомоги в лікувальних закладах Дніпровського басейну України

Висвітлено вузлові моменти в історії формування системи забезпечення якості медичної допомоги в Київській центральній басейновій лікарні МОЗ України, характеризуються основні принципи контролю якості медичної допомоги, що використовуються нині в лікарні: її критерії, напрями, вимір та його показники, метод експертної оцінки тощо.

Київська центральна басейнова клінічна лікарня МОЗ України існує 90 років і є базою кафедри госпітальної терапії Національного медичного університету.

Головною метою діяльності лікарні є якісна і безпечна медична допомога річковикам та членам їх родин, яка надається на сучасному рівні з необхідним обсягом медичних послуг, з урахуванням як індивідуальних особливостей пацієнта, так і можливостей медичного закладу.

Аналіз основних принципів контролю якості медичної допомоги, що сформувався і використовуються в лікарні, свідчить, що існуюча система забезпечення якості медичної допомоги складалася у відповідності з бюджетною моделлю системи охорони здоров'я.

Експертиза та основні механізми гарантії якості медичної допомоги відпрацьовувались і корегувались протягом певного часу і мають ознаки професійної моделі гарантії якості. Вони включають облік структурного забезпечення технологій, оцінку кінцевого результату і можливість моніторингу якості процесу реалізації медичної допомоги конкретному пацієнту.

Основні моменти в історії формування системи забезпечення якості

медичної допомоги в лікарні були пов'язані з діяльністю академіка В.М.Іванова, професорів С.Л.Ревуцького і А.П. Пелешука, А.Д. Дінабурга, Л.А. Пирога.

З перших днів роботи в лікарні В.М. Іванов вимагав, щоб весь персонал у своїй праці керувався гаслом його вчителя Ф.Г. Яновського «Якнайближче до хворого», щоб на обходах лікар доповідав, не дивлячись в історію хвороби хворих, і знав, не тільки своїх пацієнтів, а й усіх тяжких хворих клініки. Це дуже збагачувало клінічний досвід.

В.М. Іванов читав курс факультетської терапевтичної клініки молодшим лікарям, одному хворому присвячувались 2–3 лекції, детально розбирались всі симптоми та синдроми його захворювання. Це були справжні лекції з факультетської терапії, які один з основоположників київської терапевтичної школи В. Т. Покровський влучно назвав «науковою зразковою клінікою». Основну увагу В.М. Іванов приділяв диференційній діагностиці та лікуванню хворих.

У післявоєнний час в лікарні працював професор Євген Львович Ревуцький, який був досвідченим клініцистом, користувався великою любов'ю хворих, колег, усієї медич-

ної громадськості Києва і України. Він інтенсивно розвивав основний напрям наукових праць школи академіка В.М. Іванова – клінічну фізіологію органів травлення. У 1966 році захистив докторську дисертацію «Клініко-фізіологічне обґрунтування високочастотної терапії у разі захворювань шлунку».

Клініцист широкого профілю Є. Л. Ревуцький зробив вагомий внесок у клінічну фізіологію і клініку захворювань органів травлення, онкологію, кардіологію (особливо в патогенез та клініку атеросклерозу).

Після смерті В.М. Іванова 15 січня 1962 року кафедру терапії стоматологічного факультету КМУ ім. академіка О. О. Богомольця, що залишилась на базі лікарні водників МОЗ УРСР, очолив професор Анатолій Петрович Пелешук, який взяв участь в організації відділу терапевтичної нефрології Київського науково-дослідного інституту урології та нефрології. У нашій лікарні в 1975 році було здійснено першу в Україні трансплантацію нирки хворому з хронічною нирковою недостатністю. Потім ця операція з використанням трупної нирки почала широко проводитись у клініках Інституту урології та нефрології, а згодом і в інших лікарнях у поєднанні з плазмаферезом та гемодіалізом.

У колективі лікарні, кафедри особливо продуктивно працював Л. А. Пиріг. Його дослідження підсумовані в докторській дисертації, в наступний час він плідно продовжував розвивати нефрологічну галузь клінічної медицини.

Було створено декілька монографій та посібників: «Практична нефрологія», «Хронічна ниркова недостатність» (1978), «Симптоматика та діагностика хвороб нирок» (1975) та ін. Ці книги отримали схвальні від-

гуки як вітчизняних, так і зарубіжних вчених.

У результаті нині боротьба за якість медичної допомоги передбачає наступне.

Якість медичної допомоги являє собою ступінь відповідності проведеного комплексу лікувальних заходів професійним стандартам або правилам виконання тих або інших технологій, що спрямовані на досягнення кінцевих результатів [1–4].

Для управління якістю медичної допомоги в лікарні використовуються певні суб'єктивні критерії – задоволеність пацієнтів медичною допомогою і лікаря своєю роботою, а також задоволеність керівництва (головного лікаря, органів охорони здоров'я) – і єдиний об'єктивний критерій – здоров'я пацієнта та контингентів пацієнтів.

Щодо пацієнта оцінюється стан його здоров'я, віднесення до певної групи здоров'я, кінцевий результат лікування (одужання, поліпшення, без змін, погіршення, смерть).

Щодо контингентів пацієнтів (населення) якість медичної допомоги аналізується за медико-демографічними показниками (народжуваність, смертність тощо), розподілом по групам здоров'я, показниками захворюваності, травматизму, інтенсивними показниками кінцевих результатів захворювання, зокрема інвалідністю.

Об'єктивний критерій якості медичної допомоги передбачає:

- її своєчасність – звертання, доставка, обстеження, консультації спеціалістів, встановлення діагнозу, призначення лікування, проведення лікування, взяття під диспансерний нагляд та ін.;

- кваліфікованість – повнота огляду, правильність встановлення діагнозу та призначення лікування, систематичність диспансеризації,

термін лікування і тимчасової непрацездатності;

- економічну ефективність – фактична вартість медичної допомоги, співвідношення між фактичною вартістю і стандартною, різниця між витратами на медичну допомогу і прибутком від зниження захворюваності або її запобігання;

- деонтологічну характеристику – скарги і критичні зауваження пацієнтів, ставлення пацієнта до лікаря (повага, визнання його авторитету), ставлення лікаря до пацієнта тощо.

Головною проблемою є вимір якості, що пояснюється складністю розробки прийнятних для всіх критеріїв та оцінок виміру. Якість медичного обслуговування можна оцінити за рядом показників: лікарняні штати і служби (спеціалізація, трудові витрати медичного персоналу на одного хворого в день, частота виконання процедур, використання лабораторних служб і т.д.); організаційні структури (фінансування, організація медико-етичних комісій та ін.); допоміжні служби (освітні соціологічні програми); ступінь задоволеності хворих, якість заповнення медичних карт, смертність, рівень внутрішньолікарняних інфекцій.

Показники медичної ефективності в кінцевому підсумку вимірюються тривалістю госпіталізації кожного хворого. Досягнення або ж недосягнення цілей лікування пропонується визначати за відповідністю зі «стандартом результативності», який містить такі параметри, як клініко-лабораторні показники, дані інструментальних досліджень, морфофункціональні ознаки тощо (списки № 1, № 2).

Оцінка якості найбільш відпрацьована на стаціонарному етапі лікування пацієнтів, але здійснюється і в поліклінічних умовах. Аналіз

якості ми проводимо за трьома основними напрямками:

- Діяльність лікарні (контроль за внутрішньолікарняною інфекцією, процес і результат медичного обслуговування, безпека для хворих щодо профілактики небажаних наслідків травматизуючих досліджень і процедур).

- Робота медичного персоналу (оцінка знань і професійної майстерності, ведення медичної документації, атестація середнього медперсоналу).

- Аналіз роботи допоміжних лікарняних служб (сестринський догляд і нагляд за хворими, патанатомічна служба, лабораторія та ін.).

Досить широко для контролю за наданою медичною допомогою використовується метод експертних оцінок. Об'єктом експертизи є якість медичної документації. Обов'язково в лікарні аналізуються летальні випадки, розходження патологоанатомічного і клінічного діагнозів, поліклінічних і клінічних діагнозів.

При експертизі якості надання стаціонарної допомоги в лікарнях звичайно використовується ряд показників: виконання стандарту обсягу та якості медичної допомоги; повнота обстеження; необхідність госпіталізації; комплексність і своєчасність лікування; час лікування в стаціонарі, в тому числі до і після операції; ускладнення; супутні захворювання; якість ведення документації.

Важливим показником якості лікувального процесу є ефективність диспансеризації хворих з керованою патологією (хворі з артеріальною гіпертензією, стенокардією, інфарктом міокарду, цукровим діабетом, бронхіальною астмою, пневмонією, виразковою та жовчно-кам'яною хворобами та ін.).

При проведенні експертних оцінок аналізується первинна облікова медична документація (медична карта стаціонарного хворого, амбулаторного хворого та ін.).

Як об'єкт експертизи може виступати і робота окремих медичних служб. Суб'єктом експертизи є лікар, який має високий рівень професійних знань за специфікою медичної допомоги і надання її на різних етапах (догоспітальному, стаціонарному, амбулаторно-поліклінічному).

Методика експертизи поділяється на 3 групи: оцінка результатів, відхилення від стандартів, аналіз окремих випадків надання медичної допомоги.

Критерієм оцінки якості роботи на індивідуальному рівні є стан здоров'я пацієнта перед випискою з лікарні.

Самоконтроль на вході означає, що лікар ретроспективно оцінює всі якісні та кількісні характеристики, пов'язані зі здоров'ям, та такі, що вплинули на стан хворого при надходженні до медичного закладу.

Це анамнестичні дані та об'єктивний статус при первинному огляді, своєчасність надходження, складність процесу, супутня патологія, дефекти медичної допомоги на попередніх етапах тощо. Самоконтроль процесу та його результату здійснюється на основі стандартів обстеження, лікування і реабілітації хворих, а також параметрів стандарту, що характеризують стан здоров'я хворого після лікування.

Самоконтроль здійснюється безпосереднім виконавцем, а інспекційний контроль — завідуючим відділенням, старшою медичною сестрою або призначеним експертом.

Інспекційний контроль може бути на вході (поліклініка, стаціонар) і на виході (коли визначається якість процесу та кінцевого результату

конкретної послуги тощо). Інспекційний контроль на рівні лікар — пацієнт, як і самоконтроль, повинен здійснюватись на основі стандартів якості діагностики і лікування, організаційних стандартів, технологічних стандартів, а також спеціальних карт експертної оцінки діагностично-лікувального процесу.

Оцінка якості медичного обслуговування проводилась як у самій лікарні, так і вищими інстанціями, зокрема МОЗ України.

Узагальнюючи дані щодо нашої лікарні, одержуємо таку її характеристику:

1. Лікарня має офіційні документи, які регламентують політику щодо програми якості (положення, інструкції, накази МОЗ України тощо).

2. Як фактор, що позитивно впливає на якість медичного обслуговування, відзначається укомплектованість медичних кадрів лікарні спеціалістами (93,2%) та середнім медичним персоналом (96%), який на 100% має відповідну медичну кваліфікацію; атестовано від 46,2 до 53,3% лікарів і від 26,3 до 36,4% медичних сестер.

3. Заходи, пов'язані з гарантією якості, виконують головний лікар, заступник головного лікаря з лікувальної роботи, завідувачі відділень. До забезпечення якості медичної допомоги залучаються лікарі та медсестринський персонал. Питання гарантії якості регулярно (щомісяця) обговорюються адміністративним апаратом лікарні.

4. У лікарні здійснюється експертна оцінка результатів лікування, яка включає 5 ступенів контролю, а також окрема експертиза якості роботи лікарів, за яку відповідають завідувачі відділень. Використовуються схеми та еталони оцінки діагностики та якості лікувального процесу. Експертна оцінка роботи середньо-

го медперсоналу проводиться спільно завідувачем відділення і старшою медсестрою. Крім того, як в інших лікарнях, існує цільова експертиза з якості лікування або з питань госпіталізації.

5. Для забезпечення якості медичної допомоги існує, як і в усіх лікар-

нях, офіційна процедура реєстрації скарг пацієнтів, проводиться опитування пацієнтів щодо якості надання медичної допомоги, результати опитування використовуються апаратом управління для запровадження заходів з поліпшення якості медичної допомоги.

1. *Бойков Д.* Расходы населения на медицинские услуги и лекарства // Экономика здравоохранения. — 2000. — № 7. — С. 45–50.

2. *Боярский А.П., Чернова Т.В.* Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качества медицинской помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1993. — № 7. — С. 5–7.

3. *Галанова Г.И.* К вопросу о качестве оказания медицинской помощи населению // Экономика здравоохранения. — 1999. — № 5, 6. — С. 40–41.

4. *Дмитриев В.И., Никольский А.В.* Социологические исследования в здравоохранении. — М., 1984. — 67 с. (ВНИИМИ. Серия: Обзоры по важнейшим проблемам медицины; Вып. 2).

Одержано 18.01.2006

С.А. Пранік

Система обеспечения качества медицинской помощи в лечебных учреждениях Днепровского бассейна Украины

Освещены главные узловые моменты в истории формирования системы обеспечения качества медицинской помощи в Киевской центральной бассейновой больнице Минздрава Украины, характеризуются основные принципы контроля качества медицинской помощи, используемые сейчас в больнице: ее критерии, направления, измерение и его показатели, метод экспертной оценки и т.д.