

С. М. Вовк

кандидат економічних наук, доцент,
доцент кафедри організації вищої освіти,
управління охороною здоров'я та гігієни
Донецького національного медичного університету

Т. В. Вовк

викладач кафедри менеджменту виробничої та невиробничої сфери
Донецького державного університету управління

Т. В. Чумаріна

магістр з публічного адміністрування
Донецького державного університету управління

ПИТАННЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ В УПРАВЛІНСЬКІЙ ПОЛІТИЦІ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ

У статті розглядається питання методичних підходів до організації контролю якості медичної допомоги з використанням наявних і адаптованих до сфери охорони здоров'я технологій контролю, а також до формування критеріїв якості медичної допомоги відповідно до її компонентів.

Ключові слова: контроль якості, система управління, лікувально-діагностичний процес, методика оцінки, медична допомога.

Постановка проблеми. Системні принципи управління діяльністю передбачають безперервний зв'язок управління та інформації. Особливе значення має фундаментальний принцип зворотного зв'язку, відповідно до якого інформація про функціонування керованої системи або її елементу передається суб'єкту управління, котрий таким чином отримує можливість коригувати управлінський процес. Відсутність зворотного зв'язку призводить до зниження ефективності управління, навіть до повної втрати керованості системи.

Принцип зворотного зв'язку покладений в основу контролю якості медичної допомоги, що розглядається як одна з провідних функцій управління. Контроль якості спрямований на визначення відповідності реальних характеристик організації медичної допомоги та виконання медичних технологій цільовим критеріям якості. Провідна функція контролю простежується в законодавчих і нормативно-правових документах, які регулюють управління якістю медичної допомоги в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Нормативи якості встановлюються з урахуванням довгострокової динаміки показників,

середнього рівня і темпів передбачених змін показників унаслідок виконання відповідних організаційних, діагностично-лікувальних і профілактичних заходів. За нормативи приймають похідні величини. Бажано, щоб норматив не менше ніж на 5% перевершував кращий попередній рівень. Це потребує зусиль і суттєвого поліпшення якості медичної допомоги [1].

Підбиваючи підсумки наведених даних, варто додати зауваження:

1) теорія організації управління діагностично-лікувальним процесом передбачає проведення обов'язкового контролю за дотриманням працюючими лікарями протоколів обстеження й лікування з обов'язковим дотриманням прийнятих стандартів кінцевих результатів лікування;

2) велике значення для ефективного лікування має і контроль за тривалістю повноцінного обстеження: варто пам'ятати, що ніхто не може бути добрим лікарем, якщо не матиме своєчасної достатньої й вірогідної інформації про хворого та його захворювання;

3) контролюючий працівник має ще більш вірогідний і важливий аналіз, якщо враховується якість лікування за нозологічними формами захворювань;

4) під час експертної оцінки всіх видів діяльності слід звертати увагу на скарги хворих із приводу медичного обслуговування, наявність ускладнень, летальність, розходження між клінічним і патологоанатомічним діагнозами, повторне звертання у зв'язку з тим самим захворюванням, на дотримання медичної етики й деонтології, санітарно-протиепідемічного режиму, трудової дисципліни.

R.S. Basi у книзі «Action Administration: Planning and Implementation» (1968) запропонував два протилежні типи контролю – стратегічний контроль і контроль усіх видів діяльності. Суть концепції полягає у тому, що необов'язково контролювати усі дії, аби мати певне уявлення про якийсь процес і вирішити, чи правильно все виконується, за потреби – зробити необхідну корекцію. Достатньо охопити контролем певні ділянки особливого стратегічного значення і під час спостереження за ними упевнитися, що вся діяльність проходить відповідно до завдання. Отже, краще з 75-відсотковою упевненістю знати наперед про можливе відхилення, ніж зі 100-відсотковою упевненістю після перевірки виявити помилку, яка уже сталася. Таким чином, під час контролю ще можна вжити певних заходів до того, як ця помилка буде допущена, і є якийсь шанс не допустити її виникнення [3].

На думку R. Likert («The Human Organization: Its Management and Value», 1967), для ефективного контролю краще проводити аналіз показників роботи. За їх допомогою можна порівняти роботу різних працівників без необхідності детально заглиблюватися в її суть. Такий тип контролю полегшує взаємообмін інформацією і створює загальне розуміння, дає стимул для кращого виконання завдання; дає об'єктивніший матеріал для оцінювання роботи, оскільки не побудований на інтуїції, створює умови для своєчасного реагування за принципом зворотного зв'язку, коли ще є час на внесення виправлень.

Мета статті – дослідити та проаналізувати питання методичних підходів до організації контролю якості медичної допомоги з використанням наявних і адаптованих до сфери охорони здоров'я технологій контролю, а також до формування критеріїв якості медичної допомоги відповідно до її компонентів.

Виклад основного матеріалу. Контроль у системі управління якістю медичної допомоги можна розглядати як складову частину процесу управління, як функцію і як систему. Контроль призначений забезпечити досягнення страте-

гічної мети, а саме надання пацієнтам якісної медичної допомоги шляхом встановлення рівня відповідності визначених компонентів (характеристик) якості медичної допомоги прийнятним вимогам.

Контроль як функція управління передбачає збір і порівняння даних про фактичні характеристики якості медичної допомоги на основі їх моніторингу за визначеними критеріями та вимогами нормативів, стандартів, протоколів та інструкцій; виявлення, оцінку й аналіз відхилень і їх причин; використання аналітичної інформації для підтримки прийняття управлінського рішення з поліпшення якості медичної допомоги. Таким чином реалізується зворотний зв'язок у системі управління якістю [7, с. 240].

Останнім часом багато уваги приділяється підвищенню якості та своєчасності медичної допомоги. Підкреслюється, що комплексна система управління якістю потребує подальшого упорядкування й перебудови її організаційної структури. Обов'язково повинен враховуватися кінцевий результат лікування.

Якість медичної допомоги базується на засадах профілактики, діагностики та лікування. Вона передбачає своєчасне та повне обстеження, спадкоємність у роботі поліклініки та стаціонару, обґрунтованість госпіталізації, застосування сучасних методів лікування, здійснення систематичного аналізу діяльності.

На лікувально-діагностичний процес впливає ряд чинників, серед яких важливі рівень кваліфікації медичного персоналу, своєчасне й повне обстеження хворих, спадкоємність між етапами надання медичної допомоги, постійний аналіз роботи лікувальних закладів, впровадження сучасних методів діагностики та лікування, дотримання санітарно-протиепідемічного режиму тощо.

Найкраща методика оцінки якості діагностично-лікувального процесу має відповідати таким вимогам: бути придатною для використання на будь-яких етапах медичної допомоги; зводити до мінімуму упередженість оцінки; відображати сутність професійної діяльності та визначати типові хиби лікарів; надавати можливість кількісної оцінки якості; визначати доречність використання медичним закладом або лікарем наявних ресурсів [8].

Отже, посилення діагностичного й лікувального процесів повинне відбуватися на базі використання більш ефективних новітніх технологічних заходів діагностики та лікування із

застосуванням передових методів організації праці, досягнень науки та медичної техніки.

Якість діяльності визначається показниками, визначеними фахівцями Європейського регіонального бюро ВООЗ:

- ефективністю (співвідношенням фактичної та максимальної дії, можливої за ідеальних умов);
- економічністю (співвідношенням фактичної дії та її вартості);
- адекватністю (задоволенням потреб населення);
- науково-технічним рівнем (ступенем застосування відповідних знань і медичної техніки під час надання допомоги).

Поняття «здоров'я» певної людини внаслідок індивідуальних коливань показників життєдіяльності організму, а також впливу різних факторів зовнішнього середовища не є чітко визначеним. Більш правильним є визначення ВООЗ: «Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів». Таким чином, здоров'я характеризується сукупністю багатьох показників, які забезпечують працездатність людини.

З цього можна зробити висновок, що видужання – складний процес в організмі людини, остаточним наслідком якого є відновлення й компенсація порушених функцій і нормалізація відношень організму із зовнішнім середовищем.

Залежно від хвороби, рівня розвиненості медичної науки, підготовки кадрів тощо одужання може бути повним і неповним. Повне одужання характеризується відсутністю симптомів захворювання й максимально відновленою працездатністю. Неповному одужанню характерна наявність залишкових симптомів хвороби, які можуть минути найближчим часом. Під час нього працездатність може деякий час лишатися обмеженою. У людей, котрі одужали, або в тих, у яких процеси одужання наближаються до завершення, особливо виражені пристосувальні процеси, відновлюється працездатність, виникає бажання працювати.

Однак наведені вище показники не завжди відповідають визначенню процесу видужання. Потрібні показники порівняні з клінічними нормами, що значно покращить контроль за кінцевим процесом лікування, підвищить його рівень, зацікавленість лікарів і медичних сестер у результатах своєї праці, сприятиме розробці найбільш оптимальних методів лікування.

Комплексна оцінка якості стаціонарної допомоги сприятиме її поліпшенню. Детальний аналіз отриманих даних дозволяє підсумувати якість діагностики й лікування в тому чи іншому лікувальному закладі й намітити конкретні заходи з усунення виявлених дефектів [9, с. 75].

Великі обсяги інформації з власних джерел, що мають складатися кожним суб'єктом контролю якості за підсумками його проведення, повинні відповідати певним вимогам: своєчасності збору, обробки та передачі на вищий рівень управління, надійності (відсутності помилок), цінності (здатності досягати мети).

Накопичену інформацію бажано зберігати для використання в майбутньому для оцінки динаміки змін характеристик якості. Водночас збір інформації стосовно якості не повинен переважувати персонал надмірними витратами часу.

Саме тому важливе місце серед дієвих засобів підвищення якості контролю посідає автоматизація процедур контролю з використанням комп'ютерної техніки та спеціального програмного забезпечення. Зазначеним вимогам відповідають медичні інформаційні системи, комплекс методологічних прийомів, технічних засобів і алгоритмів керування, призначених для збору, зберігання, обробки й передачі інформації з питань контролю якості медичної допомоги на різні рівні управління.

Виконання програми інформатизації галузі охорони здоров'я дозволило частково вирішити питання забезпечення медичних закладів комп'ютерною технікою, програмними продуктами та навчання персоналу користування ними. Однак в Україні ще не створена електронна охорона здоров'я з формуванням єдиного електронного простору на всіх рівнях управління галуззю, що гальмує рух інформації для потреб пацієнтів, медичних працівників, керівників, науковців, зокрема в частині її використання з метою контролю якості медичної допомоги.

За сучасних умов оснащення комп'ютерною технікою і найбільш поширеним програмним забезпеченням, продуктами Microsoft Office, «Стаціонар», «Поліклініка» дозволяє пришвидшити найпростіші процеси контролю: реєстрацію даних, їх статистичну обробку, графічне представлення, динаміку змін.

Суттєвим моментом вдосконалення стане впровадження електронних документів, електронної історії хвороби, електронного паспорта пацієнта, які містять відомості про клінічні діа-

гнози, лікарські призначення, результати лабораторних тестів і діагностичних досліджень, динаміку захворювання і дефекти під час надання медичної допомоги, що дозволить у режимі реального часу і в найкоротші терміни відстежувати клінічний результат, здійснювати підрахунки вартості кожного клінічного випадку, оцінювати рівень і обсяг небезпечних втручань. Зазначені можливості медичних інформаційних систем представляють їх як важливий інструмент для керівників у прийнятті обґрунтованих рішень в умовах дефіциту фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів [10].

Таким чином, запровадження і використання інформаційних технологій прискорить обмін інформацією і комунікації в системі контролю якості медичної допомоги, знизить ризики і невизначеність за рахунок достатнього обсягу інформації, які зазвичай зумовлюються її дефіцитом під час прийняття управлінських рішень.

Висновки і пропозиції. Представлені методичні підходи до організації контролю якості медичної допомоги з використанням наявних і адаптованих до сфери охорони здоров'я технологій контролю, а також до формування критеріїв якості медичної допомоги відповідно до її компонентів.

Спостереження продемонстрували, що впровадження і дотримання стандартів якості обстеження та лікування сприяє підвищенню якості медичної допомоги у відділеннях лікарні, поліпшує показники використання ліжкового фонду, підвищує професійний рівень лікарів і медичних сестер. Водночас виявлено, що найчастішою причиною помилок у роботі стаціонарних лікарів є неповне обстеження хворих унаслідок недостатнього й не завжди умілого застосування необхідних інструментальних методів діагностики, а також байдуже ставлення до протоколів обстеження та лікування.

Аби не використовувати довільні оцінки під час контролю будь-якого процесу роботи, необхідно виходити з результатів перевірки, а не особистих вражень. Якщо хтось у роботі досягає успіху, якщо в нього гарні результати під час виконання поставленого завдання, то це означає, що він має риси, потрібні на посаді, яку займає. Вирішальними для висновків повинні бути отримані результати роботи.

Список використаної літератури:

1. Матеріали Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». NHS QIS, 2005.
2. Про аудиторську діяльність : Закон України у ред. від 12 грудня 2012 р. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3125-12>.
3. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07 липня 2011 р. № 3611-VI. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>.
4. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 02 листопада 2011р. № 743. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html.
5. Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини : Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрована в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2001/22313 URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/751/2012_751_2met.doc.
6. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрована в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2002/22314. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/751/2012_751_3ki.doc.
7. Суворова С.П., Парушина Н.В., Галкина Е.В. Международные стандарты аудита. Москва : ВД «ФОРУМ» : ИНФРА-М., 2007. 320 с.
8. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 11 вересня 2013 р. № 795, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 р. за № 1669/24201. URL: <http://moz.gov.ua/ua/portal>.
9. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. 86 с.
10. Системи менеджменту якості. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я. Національний стандарт України (IWA 1:2005; ДСТУ IWA 1:2007). URL: <http://document.ua/sistemi-upravlinnja-jakistyu.-nastanovi-shodo-polipshuvannja-std12628>.

Вовк С. М., Вовк Т. В., Чумарина Т. В. Проблема контроля качества в управленческой политике лечебно-диагностического процесса

В статье рассматривается проблема методических подходов к организации контроля качества медицинской помощи с использованием существующих и адаптированных к сфере охраны здоровья технологий контроля, а также к формированию критериев качества медицинской помощи в соответствии с ее компонентами.

Ключевые слова: контроль качества, система управления, лечебно-диагностический процесс, методика оценивания, медицинская помощь.

Vovk S. M., Vovk T. V., Chumarina T. V. Studies on quality control in administrative politics of treatment-and-diagnostical process

The article examines studies on methodical approaches towards medical care quality control organization with the use of existing and adapted for health protection sphere control technique, as well as towards forming medical help quality criteria in compliance with its components.

Key words: quality control, management system, treatment-and-diagnostical process, evaluation method, medical help.