

Підходи до управління якістю медичного обслуговування в Україні

Погляд фахівців

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), якісне медичне обслуговування – це обслуговування, за якого медичні та фінансові ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечною задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільше потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без зайвих витрат і відповідно до вимог найвищого рівня.

У багатьох країнах світу з метою підвищення безпеки медичної допомоги, зниження видатків на її надання та підвищення задоволеності населення медичними послугами активно розробляються і втілюються в практичну діяльність питання управління якістю медичної допомоги.

У Люблінській хартії з реформування системи охорони здоров'я (1996), яка схвалена міністрами охорони здоров'я або їх представниками усіх європейських країн, у розділі основних принципів вказано, що будь-яка реформа охорони здоров'я повинна спрямовуватись на безперервне покращення якості медичної допомоги, а також на підвищення її ефективності, включаючи чітко розроблену стратегію досягнення цієї мети.

Важливими є методологічні аспекти організації системи управління якістю та підвищення ефективності медичної допомоги у зв'язку з вимогами спільноти до розподілу медичних послуг, забезпечення доступності безоплатної медичної допомоги та змін в системі її фінансування. Таким змінам, спрямованим на поліпшення якості медичного обслуговування, в Україні приділяється значна увага.

З 1999 р. за рішенням уряду всі установи охорони здоров'я незалежно від форми власності підлягають обов'язковій акредитації з періодичністю 1 раз на 3 роки, а з 2001 р. відповідно до закону «Про ліцензування» обов'язкового характеру набуло й ліцензування медичної практики в установах охорони здоров'я усіх типів.

Проте відсутність системи стимулів за використання результатів ліцензування і акредитації (наприклад, виключення з ліцензії деяких видів медичної практики, не забезпечених необхідними умовами; відбір постачальників медичних послуг для їх фінансування за рахунок бюджетних коштів залежно від ступеня гарантованості якості медичного обслуговування), а також комплектування ліцензійних і акредитаційних комісій винятково органами управління охороною здоров'я сприяло перетворенню цих механізмів на досить формальні інструменти внутрішньовідомчої експертизи.

Наприкінці 90-х рр. ХХ ст. в Україні стартовав процес розробки медичних стандартів. За 10 років (1999-2008) були створені стандарти у формі клінічних протоколів практично за всіма медичними спеціальностями. Проте більшість із них розроблені експертним методом без використання даних доказової медицини, а впровадження не підкріплюється адекватними стимулами, не проводиться моніторинг ефективності їх використання. Певна частина лікарів до цього часу не ознайомлена з діючими в Україні медичними стандартами, більшість фахівців не використовує їх у своїй роботі, хоча й знає про їх існування. Так, із загальної кількості лікарів-анестезіологів ознайомлено з протоколами близько 80%, а використовують їх у практичній діяльності лише 52-63% представників цієї спеціальності.

Методична недосконалість та незавершеність розробки різних інструментів підвищення якості, а головне, формальність їх застосування та відсутність дієвої системи управління якістю із застосуванням відповідних стимулів для медичного персоналу дозволили отримати певні локальні і нетривалі результати, але не поліпшили якість медичного обслуговування в країні.

Після затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я (2007) робота щодо забезпечення якості медичного обслуговування в Україні набула системного характеру. Затверджена і реалізується Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні, у якій визначені основні підходи до створення та функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, що спрямована на задоволення обґрунтованих потреб і очікувань споживачів медичної допомоги.

Розроблено порядок управління і контролю якості, який є вертикально організованою структурно-функціональною системою, що містить усі рівні управління – від Міністерства охорони здоров'я до окремих лікувальних закладів. Розроблена галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2010 р. Створена із застосуванням міжнародного інструменту оцінки якості клінічних рекомендацій AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation) і затверджена методика розробки клінічних рекомендацій, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів. Для організації і науково-методичного супроводу процесів стандартизації на базі Українського інституту стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України відкрито Державний центр розробки і моніторингу дотримання медичних стандартів. Нині йде формування і тренінг робочих груп, які будуть розробляти (адаптувати) клінічні рекомендації і за необхідності переробляти діючі клінічні протоколи.

Проте рівень якості медичної допомоги в Україні, за даними експертних оцінок, залишається досить низьким – інтегральний показник якості лікування становить приблизно 56%. Невідповідним стану пацієнта визнано лікування у 40,1-83% хворих стаціонарних закладів та вибір місця лікування стаціонарних хворих (30-50% випадків). Населення невдоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань (більшість опитаних оцінює якість послуг з охорони здоров'я як низьку). Така якість медичної допомоги обмежує можливості впливу на здоров'я населення та призводить до марного витрачання коштів системи.

Виходячи з вищевикладеного, для ефективного підвищення якості та безпеки медичної допомоги в Україні необхідна розробка та послідовна реалізація державної стратегії якості медичного обслуговування.

Як правило, система управління якістю будь-якого бізнес-процесу містить формування еталонів структури (наявність умов для надання медичної допомоги), послідовність і обсяг діагностичних та лікувальних процесів, що забезпечують якісну медичну допомогу, аналіз повноти їх виконання з дальшим визначенням необхідності внесення корективів.

ВООЗ у своєму методичному документі «Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения» (2008), спрямованому на просування нещодавно прийнятої стратегії щодо укріплення систем охорони здоров'я (WHO's framework for action, 2007), виділяє п'ять типів державних стратегій забезпечення якості і безпеки:

- стратегії, спрямовані на працівників системи медико-санітарної допомоги;
- стратегії, спрямовані на організації медико-санітарної допомоги;
- стратегії, спрямовані на медичні препарати і технології;
- стратегії, спрямовані на пацієнтів;
- стратегії, спрямовані на організації фінансового забезпечення.

Такі стратегії можуть охоплювати:

– для вирішення проблем, пов'язаних з медпрацівниками: навчання і безперервне підвищення медичної кваліфікації; створення умов праці, що полегшують надбання нових знань, сертифікацію/переатестацію, розробку і впровадження клінічних настанов; конкретний опис необхідних професійних умінь і навичок; вимірювання показників якості роботи, встановлення норм і стандартів, що стосуються поганого виконання професійних обов'язків; реєстрацію видів і чисельності медичних працівників; планування медичних кадрів, взаємозамінність серед медичних працівників; введення нових спеціальностей;

– для вирішення проблем, пов'язаних з організаціями медико-санітарної допомоги: ліцензування, встановлення показників якості роботи, акредитацію; заходи з мінімізації і усунення ризиків; надання звітності про несприятливі події; уніфіковані в масштабах країни бази даних; програми підвищення якості і забезпечення безпеки; сертифікацію комплексних систем надання допомоги; організаційні нововведення;

– для вирішення проблем, пов'язаних з медичними препаратами і технологіями: регулювання виходу на ринок; регулювання і моніторинг ризиків; оцінку технології і ухвалення загальної державної інноваційної стратегії;

– для вирішення проблем пацієнтів: прийняття законодавства про права пацієнтів; систематичне вивчення всього того, з чим мають справу пацієнти; інформування про результати роботи з надання допомоги і широкомасштабні програмні заходи щодо зміцнення здоров'я;

– для вирішення проблем, пов'язаних з організаціями, що забезпечують фінансування: оцінка якості в грошовому еквіваленті; надання інформації про результати роботи; створення систем фінансового стимулювання, що сприяють



Г.В. Дзяк

підвищенню якості і рівня безпеки; публікація доповідей про результати роботи в масштабах країни.

Опрацювання підходів до вироблення стратегії забезпечення якості медичної допомоги в Україні здійснюється на базі методичних розробок ВООЗ. Метою розробки стратегії є вирішення провідних проблем та подолання головних перешкод на шляху підвищення якості медичної допомоги в країні.

Основними принципами стратегії визначено ефективність, раціональність використання ресурсів, доступність, прийнятність/першочергову орієнтацію на пацієнта, справедливість та безпеку.

Для вирішення проблем, пов'язаних з організаціями медико-санітарної допомоги, пропонується здійснення структурної реорганізації національної системи охорони здоров'я для створення такої інфраструктури, яка буде відповідати потребам населення в медичній допомозі відповідних рівнів; розробка та затвердження зразкових таблиць оснащення для стаціонарних медичних закладів різних типів (лікарень інтенсивної допомоги, лікарень для проведення планового, відновлювального лікування, хоспісів, лікарень для медико-соціальної допомоги, університетських клінік тощо) та до- і переоснащення відповідно до них медичних закладів; створення програм безперервного підвищення якості медичного обслуговування, які застосовуються на різних рівнях охорони здоров'я та в яких задіяні різні категорії медичних працівників; удосконалення інструментів зовнішнього та внутрішнього контролю якості, для чого необхідно переглянути умови ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів, атестації медичного персоналу, розробити порядок експертизи якості медичної допомоги; створення незалежних структур для оцінки відповідності закладів ліцензійним та акредитаційним вимогам; активізація створення організаційної структури управління якістю медичної допомоги на всіх рівнях медичного обслуговування; забезпечення порядку управління та контролю якості медичного обслуговування; створення системи моніторингу якості медичної допомоги та задоволеності населення медичним обслуговуванням.

Для вирішення проблем, пов'язаних з медпрацівниками, пропонується забезпечення розробки/адаптації або перегляду діючих клінічних рекомендацій та уніфікованих клінічних протоколів на основі сучасних надійних наукових даних для основних захворювань, які найбільш

поширені та створюють загрозу життю і здоров'ю людини (за статистичними даними, це близько 250 діагнозів, що охоплюють до 90% усіх випадків захворювань); розробка і запровадження скринінгових програм; з метою наближення висококваліфікованої медичної допомоги за місцем перебування пацієнтів – створення Всеукраїнської мережі телемедичної допомоги; розробка системи індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання (моніторинг) та конкретне визначення проблем забезпечення якості; розробка та впровадження положення про оплату праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи; розробка та впровадження механізмів мотивації медичного персоналу до підвищення якості медичної допомоги та виконання затверджених клінічних протоколів.

Для вирішення проблем пацієнтів пропонується забезпечення доступу пацієнтів і громадян до інформації, яка дозволить їм брати участь у рішеннях, що стосуються їх здоров'я та медичного обслуговування; забезпечення залучення громадських організацій (об'єднань споживачів, медичних працівників) до управління якістю.

Для вирішення проблем, пов'язаних з медичними препаратами і технологіями, пропонується під час розробки клінічних протоколів використання Національного переліку з широким запровадженням генеричних препаратів за умови відповідної перевірки їх біоеквівалентності та терапевтичної ефективності; поліпшення контролю якості медичних препаратів (боротьба з підробками); запровадження формулярної системи медикаментозного забезпечення медичних закладів; з метою раціонального забезпечення лікарськими засобами ширше запроваджувати рецептурний відпуск медикаментів у разі амбулаторного лікування; запровадження диференційованої системи відшкодування за рахунок державних коштів вартості лікарських засобів для населення, придбаних для амбулаторного лікування за рецептами або призначених для стаціонарного лікування; з метою більш ефективного контролю за цінами на лікарські засоби запроваджувати механізм референтних цін (пацієнт сплачує різницю між середньою ціною по класу ліків і ціною необхідного препарату), реімбурсації тощо.

Для вирішення проблем, пов'язаних з організаціями, що надають фінансування, пропонується забезпечення переходу від кошторисного фінансування, основою якого є показники потужності закладів і який зберігає орієнтири екстенсивного розвитку, до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення у певних видах медичної допомоги; застосування сучасних методів оплати медичних послуг (подушної оплати на первинному рівні; глобального бюджету – на вторинному та третинному рівнях медичного обслуговування); визначення порядку взаємодії фонду соціального медичного страхування (за умови запровадження страхової моделі в Україні) з органами управління охорони здоров'я та медичними закладами у сфері якості охорони здоров'я. Усі запропоновані підходи кореспондуються з проектом загальної стратегії розвитку національної охорони здоров'я.

Для успішної реалізації запропонованих підходів необхідне проведення широкої роз'яснювальної роботи щодо мети, завдань, сутності, результатів системних перетворень та досягнення консенсусу з представниками центральних і місцевих органів влади, медичної спільноти,

широких верств населення, залучення професійних медичних асоціацій, координаційних рад при органах управління охороною здоров'я, наглядових рад при медичних закладах до прийняття рішень щодо перетворень на відповідних рівнях, а також професійна підготовка керівників органів та закладів охорони здоров'я у сфері менеджменту відповідно до сучасних вимог.

Для ефективного управління якістю, окрім стратегії, необхідними є розробка тактики та механізмів управління різними складовими якості, у першу чергу на рівні медичного закладу, які дозволять втілити визначені стратегії в практичну діяльність.

Вирішити ці питання на сучасному етапі розвитку можливо за умови застосування інформаційних технологій, які комплексно, технологічно і послідовно забезпечують супроводження медико-економічного планування роботи лікувального закладу та дозволяють налагодити фактичний облік наданих медичних і, у разі необхідності, фінансових ресурсів як конкретному хворому, так і в розрізі клінічних підрозділів та лікувального закладу в цілому.

З цією метою розроблено дизайн інформаційної шпитальної системи, який відображає структурні взаємозв'язки, що визначають процес і послідовність розробки еталонних клінічних протоколів, облік фактично наданих медичних ресурсів і зв'язок цих двох медичних складових із визначенням планових витрат на виконання протоколу і фактично витрачених ресурсів

Весь обсяг роботи із стандартизації повинен мати єдину технологічну структуру, яка враховує як наявні умови галузі, так і перспективу її розвитку у дальших змінах і реформах. Підтримуючи світовий досвід у процесах стандартизації медичної допомоги, вважаємо, що основним методичним документом прямої дії має бути клінічний протокол, у якому крок за кроком відображається алгоритм і обсяг оптимізувати формування і лікувальної допомоги.

Лише клінічний протокол може бути документом, за допомогою якого можливо розрахувати планові витрати на його забезпечення і співставити їх із наявними можливостями.

Важливим етапом формування протоколів (стандартів) медичної допомоги є методологічні аспекти та послідовність їх розробки. Розробка професійно орієнтованих уніфікованих протоколів медичної допомоги потребує єдиного підходу та дотримання однакових принципів. З цією метою необхідна наявність низки класифікаторів та довідників, які дають змогу оптимізувати формування протоколів і надалі зможуть забезпечити зв'язок між медичною та фінансовою складовими, зокрема клініко-статистичні класифікації захворювань, довідники процедур, довідники лікарських засобів та ін.

Найважливішими є клініко-статистичні класифікації захворювань. Структурно клініко-статистична класифікація базується на кодах МКХ-10 та доповнюється клінічними розширеннями, які враховують основні клінічні характеристики (фазу, стадію, типові ускладнення захворювання та ін.). Доповнення МКХ-10 клінічними розширеннями дозволяє сформулювати повноцінний клінічний діагноз і дає змогу формувати моделі клінічних випадків, тобто проекти найбільш імовірних клінічних діагнозів, що є основою для вибору лікувальної тактики та планування і розподілу медичних ресурсів.

Такий підхід рекомендований і міжнародною спільнотою, яка в преамбулі до МКХ висловила необхідність створювати

сім'яство класифікацій на базі МКХ шляхом надання коду МКХ додаткових знаків, що кодують клінічні розширення, які уточнюють усі сторони можливої клінічної ситуації. Саме з повноцінним клінічним діагнозом пов'язаний обсяг необхідних медичних ресурсів для діагностики та лікування.

На основі затвердженої клініко-статистичної класифікації формуються моделі клінічних випадків, які містять нозологічну форму (нозологічну модель) або синдром (синдромальну модель) за МКХ-10, їх клінічні характеристики за узгодженою клініко-статистичною класифікацією (ступінь важкості, активність, поширеність, ускладненість перебігу та ін.). Відповідно до особливостей клінічного діагнозу за клініко-статистичною класифікацією повинні формуватися індикатори якості (проміжні та кінцеві) і тривалість стаціонарного лікування.

Наявність моделей клінічного випадку наближає їх і за термінологією, і за обсягами допомоги до клінічного діагнозу, який є єдиним стрижневим фактором розподілу пацієнтів за підходами надання медичної допомоги та мовою міждисциплінарного спілкування лікарів з приводу конкретного хворого.

Розробляючи протоколи медичної допомоги, необхідно чітко розуміти, що виконання того чи іншого обсягу допомоги залежить від її фінансування, тобто виконання розроблених протоколів залежить і від того, наскільки вони підкріплені медичними та фінансовими ресурсами. Особливо це важливо у разі визначення гарантованого, безоплатного для хворого обсягу медичних послуг, що може стати необхідним за реформування галузі.

Ще однією складовою інформаційної госпітальної системи є фактичний облік наданих медичних ресурсів, важливий для визначення якості наданої медичної допомоги. Розроблена технологія від етапу госпіталізації хворого до лікувального закладу і до його виписки дає змогу фіксувати витрачені медичні ресурси, а її зв'язок із довідниками процедур та хірургічних операцій, медикаментів поруч з обліком медичних ресурсів в автоматичному режимі формує фінансові витрати на конкретного хворого, що рано чи пізно стане необхідним у загальній системі управління якістю медичної допомоги.

Комплексність підходів до втілення розроблених технологій повинна враховувати і механізми роботи із затвердженими методичними документами на рівні лікувальних закладів будь-якого рівня. Для досягнення цієї мети необхідно задіяти низку заходів щодо удосконалення деяких процесів, що впливають на якість медичної допомоги. Безумовно, для того щоб організаційно реформувати роботу лікувальних закладів, потрібно визначити, яку медичну допомогу і в якому обсязі з урахуванням наявної ліцензії вони повинні надавати залежно від рівня лікувального закладу та його технологічних можливостей, тобто для лікарень певного рівня має бути сформульоване технічне завдання та розроблені проекти (еталони) технологічного забезпечення діагностичного і лікувального процесів, що і є основою системного управління якістю медичної допомоги.

Важливе значення повинні мати і технологічні особливості опрацювання документів на рівні країни, регіону та лікувального закладу.

Під час опрацювання документів на рівні галузі МОЗ України формує залежно від наявних пріоритетів і за номенклатурою хвороб замовлення на розробку методичних документів із стандартизації Державному центру стандартизації. У свою чергу, Державний центр стандартизації за участю головних спеціалістів МОЗ, профільних асоціацій та головних

науково-дослідних інститутів створює міждисциплінарну групу, в обов'язки якої входить розробка або адаптація клінічних керівництв (рекомендацій), формування на їх основі клінічних протоколів (стандартів) і організаційно-клінічних шляхів надання медичної допомоги (алгоритмів). Крім того, у центрі стандартизації необхідно створити групу методологічного супроводження методичних документів, які розроблені або розробляються, у яку повинні входити спеціалісти з розробки та супроводу клініко-статистичних класифікацій хвороб, довідників медичних процедур і хірургічних операцій, медикаментів та речовин медичного призначення, спеціалісти з інформаційної підтримки та представники економічного відділу, які забезпечуватимуть актуалізацію розрахунків за протоколами.

Такий підхід дозволить, по-перше, забезпечити лікувальні заклади різного рівня методичними документами з рекомендованими витратами на процедури та протоколи, а по-друге, надати медичним установам технології, які б дали змогу проаналізувати свої медичні і фінансові можливості у разі надання медичної допомоги за наявною ліцензією.

У регіоні лікувальні заклади отримують методичні документи, які розробляє та контролює Державний центр стандартизації і за якими після попередньої підготовки працюють у лікарні. Питання стандартизації та управління в лікувальному закладі вирішує головний лікар, якому підпорядковані заступник з медичної частини, головний бухгалтер, економіст та керівник інформаційно-аналітичного відділення.

Заступник головного лікаря із завідувачими клінічними та параклінічними відділеннями, кабінетами і лабораторіями опрацьовують клінічні протоколи за фактом і визначають технологічні можливості їх виконання. За відсутності усіх необхідних складових для забезпечення протоколів розробляють план ліквідації недоліків, який затверджує і виконання якого контролює головний лікар.

Економічний підрозділ лікувального закладу проводить обрахунки витрат на процедури, що входять до клінічних протоколів за специфікою лікарняного закладу, та співставляє їх з нормативними. У разі збільшення витрат знаходять шляхи до їх оптимізації.

Важлива ділянка роботи відводиться інформаційно-аналітичному відділенню лікарні, яке повинне якісно аналізувати надання медичної допомоги конкретному хворому з автоматизованим обліком фактично наданих ресурсів і первинним автоматизованим їх співставленням із плановими ресурсами за протоколом. Інформацію про використання медичних ресурсів співробітники відділення повинні надавати для аналізу в бухгалтерію, а виявлені недоліки, які встановлені шляхом розходження фактично наданих ресурсів і досягнення результатів з протоколом (стандартом), – заступнику головного лікаря з медичної частини для визначення шляхів впливу.

Таким чином, тільки комплексний підхід дає змогу управляти якістю надання медичної допомоги на всіх рівнях її організації.

На рівні галузі МОЗ України через Державний центр стандартизації декларує той рівень медичної допомоги і той рівень результатів, який країна бажає мати. На рівні регіону та лікувального закладу оцінюють можливість надання медичної допомоги задекларованого рівня, і, якщо з деяких причин це неможливо, планують організаційні, медичні та фінансові заходи для вирішення проблеми. Саме такий підхід може забезпечити безперервне підвищення якості діагностичної та лікувальної допомоги.