

А.В. Степаненко¹, В.А. Сміянов²

МІСЦЕ КЛІНІЧНОГО АУДИТУ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України»¹,

м. Київ, Україна

Медичний інститут Сумського державного університету²,

м. Суми, Україна

e-mail: vladlor@mail.ru

Резюме: Метою інноваційних перетворень у системі охорони здоров'я можна вважати передусім створення ефективних механізмів підвищення якості медичної допомоги шляхом системної перебудови медичної галузі та формування інформаційно-методологічної доктрини розвитку якості охорони здоров'я. Концепція управління якістю медичної допомоги населенню в Україні на період до 2010 р. визначила основні напрями та способи вирішення проблеми. Проте два роки, протягом яких відбувалась реалізація визначених кроків, занадто короткий період для вирішення проблем якості медичної допомоги в Україні, тим більше, що за своєю природою цей процес є безперервним. У теперішній час затверджена Концепція управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я України на період до 2020 р. Метою якої є визначення основних підходів та механізмів до створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги. У системі забезпечення якості можна виділити компонент аналізу і оцінки діяльності (audit) та компонент стандартів чи еталонної системи показників (standards). Сучасними інструментами управління системою забезпечення якості медичної допомоги є стандартизація медичної допомоги (клінічні настанови, стандарти, протоколи) та клінічний аудит. Впровадження позицій управління якістю медичної допомоги в практичну діяльність закладу охорони здоров'я, потребує застосування клінічного аудиту як інструменту оцінки якості медичної допомоги, механізму удосконалення надання медичної допомоги населенню, засобу стимулювання професійної діяльності лікарів та медичних сестер.

Ключові слова: концепція управління якістю медичної допомоги, клінічний аудит, стандартизація, клінічні настанови, уніфікований клінічний протокол, локальний протокол медичної допомоги, індикатори якості медичної допомоги.

Вступ. ВООЗ, аналізуючи власну політику з досягнення здоров'я, встановила пріоритетність категорії якості в політиці з охорони здоров'я (ОЗ) країн-членів. У глобальній стратегії Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 21 – здоров'я для всіх в 21-ому столітті» сформульоване завдання щодо розробки і впровадження в усіх країнах національних механізмів для забезпечення безперервного моніторингу удосконалення якості медичної допомоги (ЯМД). Прийнята в 1996 р. на конференції міністрів ОЗ у Любліні «Хартія про реформування ОЗ» одним із провідних принципів реформ ОЗ визначила безперервне покращення ЯМД та підвищення її ефективності. Сьогодні метою інноваційних перетворень у системі ОЗ можна вважати передусім створення ефективних механізмів забезпечення ЯМД шляхом системної перебудови галузі ОЗ та формування інфор-

маційно-методологічної доктрини розвитку якості ОЗ.

Серед вітчизняних науковців сучасні принципи та шляхи вдосконалення ЯМД в контексті стандартизації розглядали в своїх роботах Пономаренко В., Зіменковський А., Степаненко А., Лехан В.^{3,5,8,10}.

На виконання Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» розроблений та прийнятий документ «Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р.» наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. №454. Особлива увага в цьому документі приділяється принципам та підходам забезпечення якості. Головним є безперервне підвищення якості, що передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до покращання якості,

спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення самої системи, а не виявлення і покарання працівників, практика чи результати роботи яких не відповідають встановленим нормам. Невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості є клінічний аудит (КА). Адміністративно-командний підхід до забезпечення якості у системі ОЗ, заснований на принципах контролю та покаранні винних, не відповідає сучасним умовам функціонування галузі та має поступитись місцем підходу, що базується на принципі управління процесом та безперервного покращання якості.

Приклади з міжнародної та вітчизняної практики в сфері стандартизації свідчать, що якісний результат – насамперед результат якісного процесу, тому в розвинутих країнах розроблена та, зазвичай, чітко дотримується спеціальна технологія створення медичних стандартів та клінічних протоколів (КП) на засадах використання положень найкращої клінічної практики. Ці положення викладаються в клінічних настановах (КН) (англ. – *clinical guideline*). Основна мета створення КН – пропагування ефективної ОЗ через застосування якісної клінічної практики і прогресивних змін у професійній діяльності. За визначенням Field M., Lohr K., 1990, КН – це систематично розроблені твердження, покликані допомогти лікарю і пацієнту приймати рішення в конкретних клінічних ситуаціях⁶.

При стандартизації медичної допомоги (МД) створюється пакет взаємопов'язаних документів, який включає також адаптовану КН, уніфіковані КП (до складу яких можуть бути включені алгоритми, індикатори якості, локальні КП. Стандарт та уніфікований протокол призначені для забезпечення якості, ефективності та рівних можливостей доступу до МД пацієнтів на основі даних доказової медицини (ДМ), встановлення єдиних вимог щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих відповідно до КН, що розроблена за принципами ДМ. Важливими їх функціями є також обґрунтування кадрового забезпечення, оснащення, інших необхідних ресурсів закладів ОЗ (ЗОЗ) для надання МД при певному захворюванні/патологічному стані, а також визначення індикаторів ЯМД для проведення моніторингу та клінічного аудиту в ЗОЗ.

Як зазначено в затвердженій МОЗ Концепції – пріоритетним є розробка та затвердження медико-технологічних документів надання МД на принципах ДМ та відміна

чинності документів, що не відповідають зазначеним принципам. Підходи до змістовних компонент та удосконалення ЯМД постійно змінюються залежно від рівня розвитку суспільства, в т.ч. його економіки, системи ОЗ, національних пріоритетів і цінностей, пріоритетності концепції якості на певному етапі розвитку суспільства та національної системи ОЗ. Задовольнити потреби всіх зацікавлених сторін в процесі надання МД – завдання складне і його рішення можливе завдяки розробці чіткої системи управління якістю.

Запропонований Дж. Демінгом (1994) метод вибіркового статистичного контролю опирається на системний підхід до якості, що відомий як «Цикл Демінга», або PDCA (*Plan, Do, Check, Actin*) – ПВПД (План, Виконання, Перевірка, Дія)⁷. Перший крок – планування, включає розробку припустимої дії, яку необхідно виконати з метою покращення роботи. Другий – реальне застосування нововведення і дослідження його дії на систему. Третій – перевірка, або вивчення, полягає в аналізі результатів виміру нововведення, оцінка його впливу на роботу системи, подальших прогнозів тощо. Четвертий – дія, полягає у тому, щоб закріпити або стандартизувати це нововведення чи, навпаки, відмовитись від його впровадження в залежності від результатів експерименту. Впровадження циклу ПВПД дозволяє медичним працівникам застосувати в ЗОЗ нові розробки з метою удосконалення роботи, навчатися на прикладах як вдалих, так і невдалих нововведень. Під час локальних експериментів за циклом ПВПД медичні працівники набагато швидше, ніж раніше, вчать процесу вдосконалення і починають бачити більше можливостей для внесення покращення у процесі, оскільки кожна нова спроба застосовується з урахуванням знань, що отримані раніше. У цій системі удосконалення якості відсутні покарання лише заради покарання. Помилки в діяльності розглядаються як можливість для удосконалення, весь процес опирається на безперервний контроль (моніторинг), який здійснюється самими працівниками, а не перевіряючими організаціями. Автори цієї концепції вважають, що переважна більшість працівників бажають працювати як найкраще, 85–95% усіх помилок у роботі припускається в результаті збоїв у самій системі, а не через помилки окремих виконавців. Основний напрямок цієї програми стосується запобігання негативних результатів, а не ретроспективного спостереження і виправлення «постфактум». Концепція передбачає досягнення позитивних ре-

зультатів завдяки аудиту і удосконалення процесів, а не способу контролю і покарання окремих працівників.

Мета дослідження. Розробка методології клінічного аудиту в системі управління ЯМД на регіональному рівні організації ОЗ.

Матеріали та методи дослідження. Використано методи системного аналізу, бібліографічний, аналітико-порівняльний, моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Визнаним міжнародним фактом є те, що система управління якістю (СУЯ) слугує основним інструментом для моніторингу та підвищення якості надання медичних послуг. Отож, СУЯ визначає обов'язки і встановлює структуру та системи для їх забезпечення. Взагалі, всі відповідні питання в процесі надання послуг мають регламентуватися стандартами якості. Такі стандарти можуть застосовуватися до: кваліфікації персоналу, задіяного в наданні медичних послуг; технічного обладнання; медичного обладнання та матеріалів; будівлі ЗОЗ; клінічних процесів; управлінських процесів; комунікативних процесів⁹.

Наприкінці 90-х років ХХ ст. в Україні стартував процес розробки медичних стандартів. За 10 років (1999–2008 рр.) були створені стандарти у формі КП практично за всіма медичними спеціальностями. Проте більшість із них розроблені експертним методом без використання даних ДМ, а впровадження не підкріплюється адекватними стимулами, не проводиться моніторинг ефективності їх використання. Протоколи містять в основному загальні схеми лікування. У них відсутні такі важливі розділи, як алгоритм надання МД за етапами, індикатори якості, маршрут пацієнта тощо. Певна частина лікарів до тепер не ознайомена з діючими в Україні медичними стандартами, ще більша кількість лікарів знає, але не використовує їх у своїй роботі². Методична недосконалість та незавершеність розробки різних інструментів підвищення якості, а головне – формальність їх застосування та відсутність дієвої СУЯ із застосуванням відповідних стимулів для медичного персоналу дозволили отримати певні локальні та нетривалі результати, але не призвели до поліпшення якості медичного обслуговування в країні.

Починаючи з 2007 р., після затвердження Національного плану розвитку системи ОЗ, робота щодо забезпечення якості медичного обслуговування в Україні набула системного характеру. Розроблена «Галузева програма стандартизації МД на період до 2020 р.». Ра-

зом із тим, для ефективного підвищення якості та безпеки МД в Україні необхідна розробка та послідовна реалізація стратегії управління якістю медичного обслуговування на регіональному рівні, яка б передбачала: створення програм безперервного підвищення якості (БПЯ) МД, які застосовуються на різних рівнях ОЗ та в яких задіяні різні категорії медичних працівників; активізація створення організаційної структури управління ЯМД; забезпечення впровадження порядку управління та контролю якістю медичного обслуговування; створення системи моніторингу ЯМД та задоволеності населення медичним обслуговуванням; розробка системи індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли визначити проблеми забезпечення якості; розробка та впровадження положення про оплату праці медичного персоналу, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи; впровадження КА на всіх рівнях надання МД; розробка та впровадження механізмів мотивації медичного персоналу до підвищення ЯМД, у т.ч. до виконання затверджених КП; забезпечення залучення громадських організацій (об'єднань споживачів, медичних працівників) до управління якістю; навчання персоналу. Тобто сучасними інструментами управління системою забезпечення ЯМД є стандартизація МД (КН, стандарти, КП) та КА, який є процесом вдосконалення якості. Клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів МД пацієнтам через систематичний її перегляд у порівнянні до детальних критеріїв та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. Складові структури, процесу та результату МД відбираються та систематично оцінюються. Необхідні зміни впроваджуються на індивідуальному, командному або інституційному рівні надання МД^{1,12}.

КА ставить запитання «якою є наявна клінічна практика у порівнянні з передовою клінічною практикою?». Він зазвичай провадиться постачальником послуг, не дослідниками, та не має на меті використання жодних абсолютно нових способів лікування чи терапії лікування плацебо. У той же час, має на меті вдосконалення послуг. Результати КА не можуть використовуватися у інших умовах практики, оскільки вони завжди відповідають певній групі пацієнтів або певним умовам практики.

Впровадження позицій управління ЯМД в практичну діяльність ЗОЗ, потребує організації КА як інструменту оцінки ЯМД, меха-

нізму удосконалення надання МД населенню, засобу стимулювання професійної діяльності лікарів та медичних сестер. КА – це аналіз, оцінка медичної діяльності, ефективності її організаційної структури та перевірка відповідності лікувально-профілактичної діяльності персоналу ЗОЗ та амбулаторно-поліклінічної ланки правилам, стандартам та нормативам. Це цілісна, постійно діюча підсистема в ОЗ, скерована на безперервне покращення ЯМД населенню¹¹. Багато фахівців, які беруть участь у процесі КА, вважають, що він має значний потенціал стосовно впливу на ЯМД, що надається пацієнтам. Ця теза вперше знайшла безумовне підтвердження у Великій Британії (ВБ), де уряд та провідні фахівці різного медичного профілю здійснили багато кроків для впровадження такого підходу. У 1989 р. КА був ініційований урядом ВБ як частина реформ ОЗ і сьогодні є ключовим компонентом загальних зусиль, спрямованих на надання клінічно ефективних медичних послуг.

Професійні асоціації лікарів та медичних сестер очолили цей рух, проте загалом у цьому процесі задіяні медичні працівники всіх профілів та секторів. Урядом ВБ був заснований Національний інститут кращих клінічних практик (NICE), що надає підтримку та координує програму розробки національних КН і розвитку КА¹¹. У ВБ участь усіх практикуючих лікарів у КА стала обов'язковою.

Основні види КА: базовий; довільна добірка документації; проспективний; тематичний; моніторинг небажаних результатів. Базовий КА припускає використання широкого кола показників, звичайно реєстрованих у клінічних записах або комп'ютеризованих інформаційних системах. Він не є аудитом у буквальному значенні, але часто є I-м етапом процесу і може бути корисним для визначення того, які питання варто піддавати аудиту. Довільна добірка документації припускає довільну добірку записів для проведення незалежного огляду колегами. Цей метод використовується для аудиту структури і процесу. Найкраще його використовувати для вивчення методів заповнення історій хвороби, ніж для аудиту конкретних аспектів МД. Проспективний КА припускає наявність, як контрольного переліку процедур конкретного пацієнта для забезпечення того, щоб усі зазначені в уніфікованому КП процедури були проведені, так і наявність додаткових КП, які уточнюють, що потрібно робити у випадку одержання результатів, що відхиляються від норми. Такий КА потребує багато часу і має мінімальну ефективність. Тематичний КА

припускає вибір певної теми, що наприклад викликає стурбованість на місцевому рівні. Моніторинг небажаних результатів – особлива форма тематичного КА, що є рутинним аудитом усіх випадків небажаних результатів. Рівні проведення КА: місцевий; регіональний чи національний; міжнародний. Принципи КА: починається в межах ЗОЗ; використовуються вже наявні дані; конфіденційність; ніхто не буде покараний або обвинувачений у результаті проведення КА. Завдяки КА медичні працівники переглядають власну роботу, звіряють її з узгодженими стандартами, заснованими на доказових фактах. У поняття КА закладена ідея спрямованості процесу на постійне підвищення якості клінічної практики на основі результатів КА. Іншими словами, КА є циклічним процесом, що має наступні етапи: планування чи підготовка; власне аудит; впровадження змін; моніторинг впроваджень. Відмінною рисою КА є той факт, що сам процес виявлення невідповідності рівня МД до встановленого рівня одночасно вказує, які конкретні зміни потребуються в клінічній практиці для покращення ситуації. Тобто основна увага в КА спрямована на безпосереднє покращення ЯМД^{1,4,11-13}.

Етап підготовки до КА є найбільш відповідальним для успіху впровадження, проведення та розвитку КА в системі забезпечення ЯМД. Правильно організований процес підготовки КА є ключовим для успіху проекту. КА стає ефективним інструментом у покращенні ЯМД в тих колективах, де створене доброзичливе середовище, з ефективним керівництвом, залученням до процесу всього медичного персоналу, командної роботи та взаємної підтримки. На початку запровадження КА, час, витрачений на створення відповідного середовища, має більш вагоме значення ніж, витрачений на вибір теми КА. Якщо з боку організаційного середовища існує підтримка, залучений персонал добре підготовлений та методи повністю зрозумілі, КА має всі шанси на успіх. Методологія проведення КА та середовище, у якому він відбувається, є взаємопов'язаними. Якщо організаційне середовище надає підтримку, але методи КА не використовуються чи застосовуються неналежним чином, результат удосконалення буде нижчий ніж очікувалося, або вдосконалення зовсім не відбудеться. Те ж саме відбудеться, якщо методи КА використовуються належним чином, але середовище не надає підтримки, в результаті чого процес удосконалення якості також приречений на невдачу, незадоволення та неприйняття ме-

дичним персоналом¹. Правильно організована структура надає ЗОЗ добре керований персонал, постійне професійне саморегулювання та безперервне підвищення знань, що є ключовими завданнями для керівників ЗОЗ. Культура середовища, у якому творчість та відкритість заохочуються, а помилки та невдачі звітуються і досліджуються без страху та звинувачень, також є необхідною. КА має більше шансів бути сприятливим за умови участі всіх сторін від самого початку, тобто: клінічний та неклінічний персонал, який надає послугу; користувачі послуги; особи, чия підтримка буде необхідна для впровадження відповідних змін, тобто управлінці, завідувачі відділеннями, головні спеціалісти. Важливим компонентом завдань на підготовчому етапі КА є створення необхідних структур (моно- або мультидисциплінарних команд), навчання персоналу та залучення у цей процес споживачів. Навчання медичних працівників повинне проводитися постійно у формі лекцій, презентацій, круглих столів, дискусій, організацій тренінгів, які б допомагали фахівцям придбати необхідні навички для проведення КА¹. Основною метою навчання повинні стати зміни ідеології адміністративно-командного підходу до забезпечення ЯМД. Сучасний підхід повинен базуватись на принципах управління ЯМД, стандартизації та КА.

Відправним пунктом удосконалення якості є вибір теми для КА. Рішення щодо вибору теми КА приймає ЗОЗ або структурний підрозділ самостійно. КА, як правило концентрує увагу на якомусь аспекті процесу надання МД. При цьому перевага надається більш вузькій темі, наприклад, скоріше буде вибрана тема: «Призначення кортикостероїдних гормонів при бронхіальній астмі», ніж більш широка: «Лікування бронхіальної астми». Оскільки ресурси системи ОЗ обмежені, важливо визначити теми, які є пріоритетними та потребують особливої уваги для певної території або ЗОЗ. На цьому етапі потрібно проаналізувати і порівняти надання МД згідно стандартів і КП з фактичним станом надання МД за цим класом хвороб у ЗОЗ.

Після обрання теми КА, потрібно визначити мету та адекватні методи КА. Лише за умови правильного визначення цілі та її єдиного розуміння всіма учасниками КА, проект досягне бажаного результату. Ціллю може бути: удосконалення – «Удосконалення процесу переливання компонентів крові у лікарні»; посилення – «Збільшити відсоток пацієнтів, скерованих на планові операції, яких було прооперовано на наступний день

після госпіталізації»; забезпечити – «Забезпечити доступ кожної дитини віком до 3-х місяців до скринінгу на перевірку слуху»; змінити – «Скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі за рахунок скорочення часу повного обстеження терміном до 2-х днів»; КА небажаних результатів – «Випадків смертності при пологах».

Всі наступні етапи проводяться за схемою циклічного процесу, який включає в себе: вибір методології та індикаторів, збір інформації, її аналіз, надання рекомендацій, впровадження змін, моніторинг та оцінка змін (повторний КА).

КА пропонує широкий спектр можливостей для оцінки ЯМД, що надається постачальниками. Він є важливим компонентом клінічного управління, метою якого є внесення змін для вдосконалення медичної практики та її результатів для пацієнта, порівнює актуальну практику зі стандартами здійснення медичної практики. В результаті цього порівняння, будь-які недоліки у існуючій практиці можна виявити і усунути.

У більшості вітчизняних публікацій КА розглядається з теоретичної точки зору, як компонент управління ЯМД у розвинутих країнах світу.

Для впровадження в Україні сучасної системи управління ЯМД на основі стандартизації та КА потрібно провести структурні та організаційні зміни в системі ОЗ на державному рівні. Перш за все слід створити такі умови, щоб у покращенні ЯМД були зацікавлені керівники ЗОЗ, лікарі та інший медичний персонал, а саме: 1) потрібно переглянути деякі показники якості діяльності ЗОЗ, наприклад, виконання плану ліжко-днів. Цей показник не стимулює надавачів послуг до раціонального використання ліжкового фонду (а значить коштів), дотримання показань до госпіталізації, покращення якості та ефективності лікування і, як результат цього, – скорочення середніх термінів лікування у стаціонарі; 2) для того, щоб керівництво та колективи ЗОЗ були зацікавлені у покращенні якості та ефективності лікування, необхідно ЗОЗ надати статус державних підприємств з єдиним бюджетом; 3) необхідно перейти до договірних відносин між надавачами медичних послуг та замовниками. Також договірні стосунки мають бути між різними ЗОЗ, наприклад між ЗОЗ первинної медико-санітарної допомоги та лікарнями вторинного чи третинного рівнів; 4) потрібно розробити чітку і прозору мотиваційну систему для медичних працівників, яка б передбачала не лише моральну, а в першу чергу,

матеріальну винагороду за покращення ЯМД; 5) для того, щоб ефективно функціонувала система покращення якості, необхідно в мережу практики на всіх її рівнях запровадити систему стандартизації МД (акредитація, ліцензування, впровадження стандартів, уніфікованих та локальних КП); 6) слід розпочати широку навчальну та пропагандистську роботу серед медичних працівників: керівників, лікарів, середнього медичного персоналу для роз'яснення сучасного розуміння поняття ЯМД, нових підходів управління ЯМД та мотиваційних чинників. У цей процес необхідно залучати також замовників медичних послуг.

Таким чином, частину умов для впровадження сучасної СУЯ необхідно розробляти і приймати на державному рівні, проте частину завдань із впровадження КА можна роз-

почати на регіональному рівні та на рівні ЗОЗ за наявною законодавчою базою. Для цього слід вирішити наступні завдання: 1. Навчання медичного персоналу та керівників управлінню ЯМД на принципах стандартизації та КА. 2. Впровадити систему економічної мотивації на основі чинного законодавства (доплати до основного окладу за активну участь у процесі покращення ЯМД). 3. Створення структури, відповідальної за процес БПЯ МД (внутрішній КА) на рівні ЗОЗ і структурного підрозділу. 4. Розробка та впровадження тимчасових локальних КП, заснованих на вже діючих стандартах. 5. Створення відповідного доброзичливого середовища в колективі. Всі ЗОЗ повинні розробити комплексну програму вдосконалення якості, яка б у повній мірі забезпечувала участь медичних працівників у КА.

Висновки:

1. Клінічний аудит є потужним інструментом для вдосконалення медичної допомоги та покращення результатів лікування пацієнтів, якщо виконується ретельно та у відповідь на конкретні потреби.
2. Клінічний аудит відіграє важливу роль у будь-якому середовищі, де метою є вдосконалення якості медичної допомоги. Це динамічний процес, що складається із декількох етапів та може потребувати де-

кількох циклів для того, щоб якість було покращено та закріплено.

3. Розробка механізму впровадження клінічного аудиту в лікувальних закладах України є найактуальнішим завданням, яке буде сприяти покращенню якості медичної допомоги, професійному розвитку лікарів та медичного персоналу та зростанню задоволеності споживачів медичних послуг.

Література:

1. Багдасарян В.С. Вступ до клінічного аудиту / В.С. Багдасарян, В.М. Богомаз // Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / за заг. ред. О.М. Новічкової, Г. Росс. – К.: Представництво Європейської Комісії в Україні, 2009. – С. 21–30.
2. Дзяк Г.В.. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані з загальноєвропейськими методами / Дзяк Г.В., Лехан В.М., Крячкова Л.В. // Главный врач. – 2010. – №5. – С. 36–39.
3. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні / Зіменковський А.Б. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – №3 – С. 42–45.
4. Ибрагимова И. Научно обоснованная практика. Этап 5. Оценка. / Ибрагимова

И. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zdravo2020.ru/concept>

5. Лехан В.М. Модель управління якістю медичної допомоги на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України / Лехан В.М., Зюков О.Л. // Главный врач. – 2008. – №6. – С. 65–68.
6. Морозов А.М. Методологічні вимоги до медико-технологічних документів як основа для удосконалення клінічної практики / Морозов А.М., Степаненко А.В., Ліщишина О.М. // Главный врач. – 2010. – №6. – С. 61–63.
7. Нагорна А.М. Проблема якості в охороні здоров'я: Монографія. / Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
8. Пономаренко В.М. Стан стандартизації в охороні здоров'я України та шляхи її подальшого розвитку / Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б. // Вісник соціальної

- гігієни та організації охорони здоров'я. – 2004. – №2. – С. 43–47.
9. Росс Г. На шляху до системи управління якістю вторинної медичної допомоги в Україні / Росс Г. // Главный врач. – 2008. – №10. – С. 29–36.
10. Степаненко А.В. Міжнародний досвід у створенні сучасної методики клінічних рекомендацій та методичних стандартів в Україні / Степаненко А.В. // Охорона здоров'я України, 2005. – №18–19. – С. 59–61.
11. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Principles for best practice in clinical audit. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002. – 286 p.
12. Palmer C. Clinical governance: breathing new life into clinical audit / C. Palmer // Advances in Psychiatric Treatment. – 2002. – Vol. 8. – P. 470–476.
13. Principles for Best Practice in Clinical Audit / National Institute for Clinical Excellence, Commission for health Improvement, Royal College of Nursing, University of Leicester. – Radcliffe Medical Press, 2002. – 2000 p.

УДК 614.25

МЕСТО КЛИНИЧЕСКОГО АУДИТА В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.В. Степаненко¹, В.А. Смиянов²

Государственное предприятие «Государственный экспертный центр МЗ Украины»¹, г. Киев, Украина

Медицинский институт Сумского государственного университета², г. Сумы, Украина

Резюме: Задачей инновационных преобразований в системе здравоохранения можно считать прежде всего создание эффективных механизмов совершенствования качества медицинской помощи путем системной перестройки отрасли здравоохранения и формирования информационно-методологической доктрины развития качества здравоохранения. Концепция управления качеством медицинской помощи населению Украины на период до 2010 г. определяла основные направления и способы решения проблемы. Однако, два года, в течении которых осуществлялась реализация намеченных действий, очень незначительный период для решения проблем медицинской помощи в Украине, тем более, что по своей природе это непрерывный процесс. В настоящее время утверждена Концепция управления качеством медицинской помощи в области организации здравоохранения Украины на период до 2020 г. Целью Концепции является определение основных подходов и механизмов для создания и функционирования государственной системы управления качеством медицинской помощи населению, направленной на удовлетворение обоснованных потребностей и ожиданий потребителей медицинской помощи. В системе обеспечения качества можно выделить компонент анализа и оценки деятельности (audit) и компонент стандартов или эталонной системы показателей (standards). Современными инструментами управления системой обеспечения качества медицинской помощи является стандартизация медицинской помощи (клинические рекомендации, стандарты, протоколы) и клинический аудит. Внедрение принципов управления качеством медицинской помощи в практическую деятельность лечебно-профилактического учреждения, требует применения клинического аудита как инструмента оценки качества медицинской помощи, механизма совершенствования оказания медицинской помощи населению, способа стимулирования профессиональной деятельности врачей и медсестер.

Ключевые слова: концепция управления качеством медицинской помощи, клинический аудит, стандартизация, клинические рекомендации, унифицированный клинический протокол, локальный протокол медицинской помощи, индикаторы качества медицинской помощи.

UDC 614.25

CLINICAL AUDIT'S PLACE IN QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF MEDICAL CARE

A.V. Stepanenko¹, V.A. Smiyarov²

*The State Enterprise «State Pharmacological Center of Ministry of Health of Ukraine»¹, Kyiv, Ukraine
Medical Institute of Sumy State University², Sumy, Ukraine*

Summary: The establishment of effective mechanisms of state regulation of health care quality by systemic restructuring of the medical branch and forming an informative methodological doctrine of the quality development of the health care, primarily can be considered, the purpose of innovative changes in the health care system. Conception of medical care quality management for population of Ukraine until 2010 determined the main guidance and quality management solutions. Nevertheless, two years, during which the measures were carried out, is very small period for all solutions of medical care quality in Ukraine, the more so, this, by nature, is continuous process. Currently there is approved the Conception of health-care quality management in public health of Ukraine until 2020. The goal of the Conception is identifying key approaches and mechanisms for establishing and functioning of the state system of quality health care management, directed on satisfaction the reasonable needs and expectations of patients, consumers of medical care. In quality assessment system can be identified a component of analysis and evaluation (audit) and a component of standards or reference system indices (standards). The contemporary instruments of health care system quality management are the standardization of medical care (clinical guidelines, standards, protocols) and clinical audit. The introduction of principles of health care quality management into the medical and preventive health care settings practice needs the application of clinical audit as an assessment tool for health care quality, the mechanism of improvement of public medical service, the promoting method of doctors and nurses professional activities.

Keywords: the Conception of healthcare quality management, clinical audit, standardization, clinical guidelines, unified clinical protocol of medical care, local clinical protocol of medical care, indices of health care quality.

Надійшла до редакції 18.09.2011 р.