

УДК 614
КП
№ держреєстрації 0110U007572
Інв. №

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України
Сумський державний університет
(СумДУ)
40007, м. Суми, вул. Римського-Корсакова, 2, тел. (0542)39-23-88
e-mail: info@maimo.sumdu.edu.ua

ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з наукової роботи,
д.ф.-м.н., проф.
_____ А.М.Чорноус

ЗВІТ
ПРО НАУКОВО-ДОСЛІДНУ РОБОТУ
НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ
(заключний)

Начальник НДЧ
к.ф.-м.н., с.н.с

Д.І. Курбатов

Керівник НДР
д.мед. н., доцент

В.А. Сміянов

2015

Рукопис закінчено 25 листопада 2015 р.

Результати цієї роботи розглянуто науковою радою СумДУ
протокол від 2015.11.26 № 3

Список авторів

Керівник роботи

Д. мед. н., доцент

2015.11.25

В. А. Сміянов
Вступ
Аналіз і
узагальнення
результатів
дослідження
Висновки

Виконавці:

Д. мед. н., доцент

2015.11.25

Н. В. Деміхова
Вступ, розділи 3-5
Висновки

Старший викладач

2015.11.25

О. І. Сміянова
Розділи 3, 4

к. екон. н., асистент

2015.11.25

С. В. Тарасенко
Розділ 1

к. мед. н., асистент

2015.11.25

Ю. К. Васильєв
Розділ 4

к. мед. н., доцент

2015.11.25

О. К. Мелеховець
Розділ 5

к. мед. н., асистент

2015.11.25

Є. В. Сміянов
Розділ 3

Аспірант

2015.11.25

Ю. О. Сміянова
Розділ 5

Асистент

2015.11.25

В. В. Горох
Розділ 4

Аспірант

2015.11.25

Ю. В. Мелеховець
Розділ 5

Аспірант

2015.11.25

Д. О. Жалдак
Розділ 4

Аспірант

2015.11.25

О. М. Чернацька
Розділ 3, 4

РЕФЕРАТ

Звіт про НДР: 61 с., 8 рис., 17 табл., 52 джерел.

Об'єкт дослідження – система управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Мета роботи - наукове обґрунтування покращення якості медичної допомоги хворим артеріальною гіпертензією (АГ) на основі впровадження механізму внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я.

Методи дослідження – аналізу, синтезу та наукової абстракції (при визначенні основних наукових категорій управління якістю медичної допомоги (ЯМД)); порівняльного і статистичного аналізу, логічного узагальнення (при формуванні видів та критеріїв оцінки ефективності запропонованих видів внутрішнього аудиту, обробці результатів соціологічного дослідження); соціологічного опитування (при дослідженні якості надання медичної допомоги хворим артеріальною гіпертензією).

Доведено, що при вирішенні проблеми покращення якості медичної допомоги хворим на АГ на первинному рівні надання медичної допомоги ефективним є застосування механізму внутрішнього аудиту. Обґрунтовано, що впровадження моделі управління ЯМД на основі внутрішнього аудиту, має здійснюватися за такою етапністю: 1) планування внутрішнього аудиту; 2) підготовчий етап проведення внутрішнього аудиту; 3) процес проведення внутрішнього аудиту і аналіз його результатів; 4) впровадження пропозицій і організаційних заходів щодо покращення ЯМД за результатами внутрішнього аудиту; 5) аналіз ефективності впровадження пропозицій щодо покращення ЯМД (повторний аудит). Результати НДР впроваджені в практичну роботу амбулаторій сімейних лікарів Сумської області.

Прогнозні припущення щодо розвитку об'єкта дослідження - пошук оптимальної медико-соціальної моделі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я на основі внутрішнього аудиту.

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, МЕХАНІЗМИ УПРАВЛІННЯ, ВНУТРІШНІЙ АУДИТ, АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ, ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ

АГ – артеріальна гіпертензія

АТ – артеріальний тиск

БПЯ – безперервне покращення якості

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗПСМ – загальна практика-сімейна медицина

ЛПМД – локальний протокол медичної допомоги

МД – медична допомога

МОЗ – міністерство охорони здоров'я

ОЗ – охорона здоров'я

ПВПД – план, виконання, перевірка, дія

СМКЛ – Сумська міська клінічна лікарня

ССЗ – серцево-судинні захворювання

ЯМД – якість медичної допомоги

OQI - Organization wide quality improvement

ЗМІСТ

ВСТУП	6
1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	
1.1 Сучасні підходи визначення поняття «якість медичної допомоги».....	9
1.2 Сучасні моделі якості медичної допомоги	13
1.3 Процес покращення якості медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту.....	17
2 МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	22
3 Аналіз показників поширеності і захворюваності хвороб систем кровообігу серед населення м. Суми	23
4 Планування проведення внутрішнього аудиту якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я м. Суми.....	29
5 Процес проведення і аналіз результатів внутрішнього аудиту надання медичної допомоги хворим артеріальною гіпертензією	32
6 АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	46
ВИСНОВКИ.....	52
ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ.....	55

ВСТУП

В останнє десятиріччя в національних системах охорони здоров'я країн світу відбулися характерні зміни у системі забезпечення якості медичної допомоги: перехід від ідеології контролю до стимулювання виявлення, оцінки і вирішення існуючих проблем, тобто застосування комплексного, інтегрованого і динамічного підходу до покращання якості, спрямованого на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення якості медичної допомоги (Ю.В. Вороненко, 2012; В.Ф. Москаленко, 2012; А.Л. Лінденбратен, 2012; О.П. Щепін, 2012; S. Chuang, Peter P. Howley, 2013; L. Fitzharris. T. Crimes, 2010; A. Jackson, 2012).

В Україні розроблена та затверджена Загальнодержавна програма «Здоров'я – 2020: український вимір» і реалізується "Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні до 2020 р.", яка спрямована на задоволення обґрунтованих потреб і очікувань споживачів медичної допомоги. Особлива увага в цих документах приділяється принципам та підходам забезпечення якості. Підвищення якості медичної допомоги передбачає виконання складної загальносистемної роботи, що включає удосконалення безпосередньо самої системи надання медичної допомоги і надання питанню якості пріоритетного характеру у рамках системи охорони здоров'я (Ю.В. Вороненко, 2012; В.М. Лехан, 2010; В.Ф. Москаленко, 2012; А. В. Степаненко, 2011; Б.П. Криштопа, 2008; А.Б. Зіменковський, 2007).

Мета дослідження: наукове обґрунтування покращення якості медичної допомоги хворим артеріальною гіпертензією на основі впровадження механізму внутрішнього аудиту в закладах ОЗ.

Завдання дослідження передбачали:

1. Вивчення сучасних концепцій, моделей і інструментів процесів управління якістю медичної допомоги у світі.
2. Наукове обґрунтування покращення якості медичної допомоги

хворим на основі внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я.

3. Аналіз амбулаторних карт диспансерних хворих на АГ.

4. Проведення соціологічного дослідження серед диспансерних хворих артеріальною гіпертензією.

5. Впровадження системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту для хворих артеріальною гіпертензією на первинному рівні медичної допомоги.

6. Аналіз ефективності впровадження системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: система управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Предмет дослідження: клінічні прояви гострої пневмонії та тимомегалії, мікрофлора товстої кишки в динаміці лікування в дітей раннього віку з вищевказаною патологією.

Методи дослідження. Аналізу, синтезу та наукової абстракції (при визначенні основних наукових категорій управління якістю медичної допомоги); порівняльного і статистичного аналізу, логічного узагальнення (при формуванні видів та критеріїв оцінки ефективності запропонованих видів внутрішнього аудиту, обробці результатів соціологічного дослідження); соціологічного опитування (при дослідженні якості надання медичної допомоги хворим на АГ). Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою стандартної статистичної комп'ютерної системи „Microsoft Excel”, адаптованої для медико-біологічних досліджень.

Наукова новизна отриманих результатів. Доведено, що при вирішенні проблеми покращення якості медичної допомоги хворим на АГ на первинному рівні надання медичної допомоги ефективним є застосування механізму внутрішнього аудиту. Обґрунтовано, що впровадження моделі управління ЯМД на основі внутрішнього аудиту, має здійснюватися за

такою етапністю: 1) планування внутрішнього аудиту; 2) підготовчий етап проведення внутрішнього аудиту; 3) процес проведення внутрішнього аудиту і аналіз його результатів; 4) впровадження пропозицій і організаційних заходів щодо покращення ЯМД за результатами внутрішнього аудиту; 5) аналіз ефективності впровадження пропозицій щодо покращення ЯМД (повторний аудит).

Практичне значення отриманих результатів. Результати роботи можуть бути використані з метою підвищення якості надання медичної допомоги на рівні ЗОЗ.

Отримані дані можуть бути використані в роботі ЗОЗ, в першу чергу міських клінічних поліклінік, амбулаторій сімейних лікарів.

1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Сучасні підходи визначення поняття «якість медичної допомоги»

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), аналізуючи власну політику з досягнення здоров'я, встановила пріоритетність категорії якості у політиці з охорони здоров'я (ОЗ) країн-членів. Прийнята в 2008 р. на конференції міністрів ОЗ «Галлінська хартія: системи ОЗ для здоров'я та благополуччя» головними цілями систем ОЗ визначила «забезпечення надання високоякісних послуг усьому населенню, доступ пацієнтів до високоякісної допомоги, забезпечення їх упевненості у тому, що постачальники послуг у своїй роботі спираються на найсучасніші та надійні дані медичної науки, а також використовують найбільш адекватні технології, забезпечуючи високу ефективність і безпеку втручання» [6]. Такі пріоритети підтримані резолюцією Генеральної Асамблеї ООН, резолюцією 60-ої сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ [1, 2].

Глобальна стратегія ВООЗ “Здоров'я для всіх” серед головних завдань визнає якість обслуговування та відповідну технологію, у переконанні, що всі країни-члени повинні мати відповідні структури та механізми для забезпечення безперервного підвищення якості медико-санітарної допомоги та вдосконалення належного розвитку і використання технології охорони здоров'я [3,5].

Якість в охороні здоров'я – це складна, багатокomпонентна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров'я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень у сучасний період [14, 36]. На сьогодні єдине, загальноприйняте визначення якості охорони здоров'я відсутнє, ця категорія багатоаспектна і пояснюється багатьма концепціями, що з часом змінюються і удосконалюються [19, 18].

За визначенням ВООЗ, «якість - це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нераціонального харчування» [2].

Якісна медична допомога (МД) – це та, що точно відповідає визначеним вимогам, з використанням сучасних знань і ресурсів, та забезпечує очікувану максимальну користь від її надання і зниження ризику до мінімального [32].

Так, за визначенням Р. Максвелла, якісна медична допомога характеризується доступністю, справедливістю, відповідністю потребам суспільства, ефективністю, дієвістю та економічністю [33].

Існують ще декілька підходів до визначення якості: «ЯМД визначається використанням медичної науки і технології з найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризику. Рівень якості, таким чином, – це рівень балансу вигоди і ризику для здоров'я» [27]; «... належне проведення (згідно зі стандартами) усіх заходів, що є безпечними і прийнятними, використовуються у даному суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [21]; «Якість – це виконання вимог або інструкцій» [23]; «Якість – це дотримання стандартів» [11]; «ЯМД – сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології» [12]; «Під ЯМД розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, що ґрунтується на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання у пацієнта та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечити задоволеність пацієнта наданою йому МД» [20].

Отже, ЯМД у сучасній науковій літературі визначається як надання службами охорони здоров'я окремим особам і населенню у цілому медичних

послуг на рівні сучасної професійної підготовки, новітніх досягнень медичної науки з метою отримання очікуваних результатів.

Концепція, що безпосередньо пов'язує ЯМД з можливістю оптимального забезпечення ресурсами відома як концепція оптимальної якості [15, 18].

Наприкінці 40-х рр. двадцятого сторіччя була запропонована концепція безперервного покращання якості. В основу концепції безперервного підвищення якості (БПЯ) покладено цілий ряд ключових ідей, що запозичені із соціальної психології (мотивація, групова робота), психології (теорія поведінки), управління (розроблення організаційних структур), статистика (контроль відхилень) і теорія систем. Таке різноманіття є однією із найсильніших сторін концепції БПЯ [17].

У рамках концепції БПЯ використовується метод вибіркового статистичного контролю, в основі якого системний підхід до визначення якості, що відомий як «Цикл Демінга», або ПВПД (план, виконання, перевірка, дія) [40, 41].

Більшість сучасних дослідників розглядають ЯМД як сукупність трьох складових: «структури, процесу та кінцевого результату» [24, 25, 26, 28].

Задоволеність пацієнта є визначальною метою процесу надання МД, а також показником структури, процесу і кінцевого результату. Крім того, задоволеність пацієнта впливає на його поведінку як споживача медичних послуг.

Підходи до змістовних компонент та удосконалення ЯМД постійно змінюються залежно від рівня розвитку суспільства, в тому числі його економіки, системи охорони здоров'я, національних пріоритетів і цінностей, пріоритетності концепції якості на певному етапі розвитку суспільства та національної системи охорони здоров'я. Задовольнити потреби всіх зацікавлених сторін в процесі надання МД – завдання складне; вирішити його можливо шляхом побудови системи управління ЯМД [50, 52]. .

Таким чином, сьогодні медична наукова література насичена визначеннями поняття якості, що калейдоскопічно змінюють одне одного. Це є цілком закономірним явищем. Така кількість пояснюється складністю об'єкта визначення і кожна конкретна дефініція відображає певну позицію, знання і пріоритети [13, 16, 22]. Але, незважаючи на таку різноманітність критеріїв і компонентів якості, існування великої кількості підходів до її визначення – це об'єктивна реальність, що формує систему показників, кожний з яких має свою область застосування (рис. 1.1).

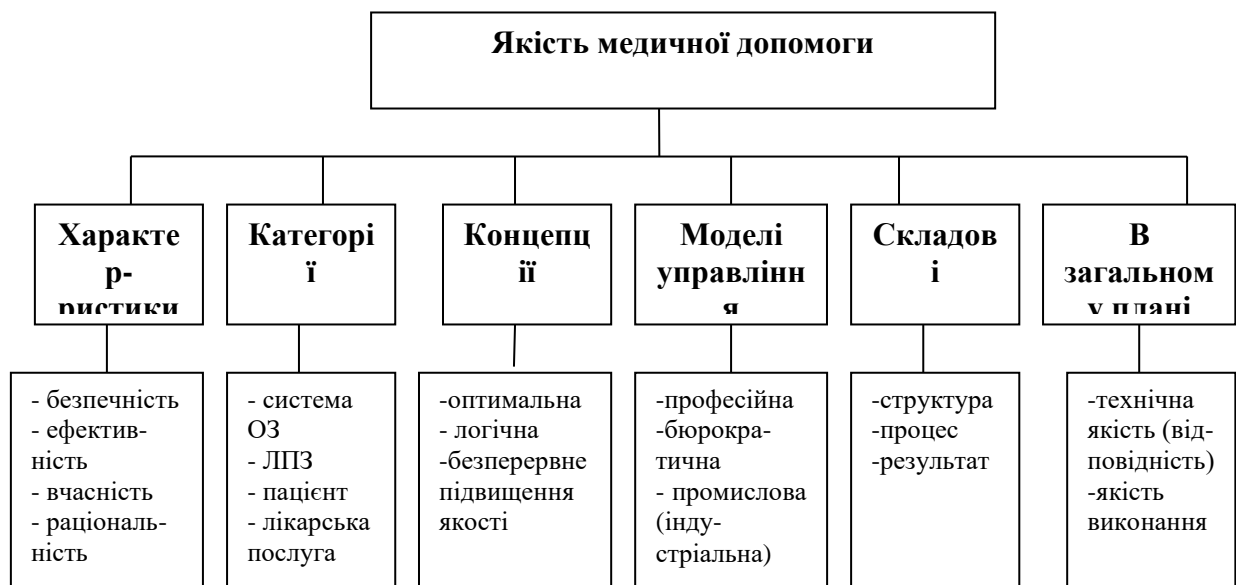


Рисунок 1.1 - Основні складові поняття ЯМД

Але незалежно від виду визначення, основним правилом є те, що "якість" повинна охоплювати всі компоненти процесу ОЗ. Вона має бути інтегрованою у щоденну роботу, а не розглядатися як щось окреме від неї.

У Єдиному термінологічному словнику (глосарію) з питань управління якістю медичної допомоги, затвердженому Наказом МОЗ України від 20.07.2011 № 427 надається таке визначення якості медичного обслуговування – це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня [10].

У Наказі МОЗ України від 08.2009 р. № 189 «Про порядок контролю та управління ЯМД» надане таке визначення ЯМД: належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення усіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються у даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [9].

Питання поліпшення ЯМД в Україні та світі є пріоритетними, а основним завданнями управління ЯМД є забезпечення оптимальності використання галузевих ресурсів, задоволення потреб пацієнтів та їх очікувань, досягнення відповідності сучасному рівню розвитку науки і т.п. Успішна реалізація цих завдань потребує запровадження ефективної системи управління ЯМД населенню, що передбачає аналіз існуючих загальних підходів до підвищення ЯМД.

1.2 Сучасні моделі якості медичної допомоги

З урахуванням специфіки галузі ОЗ існують 3 основні моделі управління якістю медичної допомоги: професійна, бюрократична, індустріальна.

Професійна модель орієнтована на високий кваліфікаційний рівень і майстерність медичних працівників як єдину гарантію якості.

У рамках професійної моделі, яка зосереджується на системі надання допомоги на індивідуальній основі, адміністрація лікарні не несе відповідальності за результати лікування, а лише забезпечує лікарю необхідні технічні умови для роботи. Думка пацієнта і суспільства в цілому ігнорується; від хворого вимагається лише абсолютна довіра до лікаря. Різні проблеми в сфері ЯМД, в тому числі оцінка і механізми її забезпечення, розглядаються лікарями колегіально, зокрема, асоціаціями і професійними

організаціями лікарів. Критеріями ЯМД у рамках цієї моделі є якість індивідуальної допомоги (відсутність дефектів у роботі, усунення симптомів захворювання та їх причин, збереження та збільшення тривалості життя пацієнта) відповідно до розроблених професійних стандартів. Значна увага лікарів приділяється процесу надання МД. При цьому основним методом оцінки якості є ревізії виконання медичних процедур (інспекції, експертизи), здебільшого на основі аналізу первинних медичних документів. Тобто основними характеристиками професійної моделі є: орієнтація на клінічний випадок, відсутність дефектів, відповідність стандартам, епізодичність розгляду проблем якості, високий професіоналізм лікаря як єдиного гаранта ЯМД [48, 49, 50]. .

У рамках бюрократичної моделі у галузі ОЗ руйнується монопольний контроль лікарів над високою або низькою якістю; фахівцям дозволено приймати рішення, однак у межах встановленої ієрархії та відповідно до прийнятих організаційних принципів; запроваджується аудиторський принцип контролю якості. У діяльність медичних працівників активно втручається державний апарат шляхом створення органів ліцензування і акредитації медичних закладів – з'являється зовнішній контроль. Центр управління в рамках цієї моделі зміщується у бік центральних і місцевих органів управління ОЗ та керівного складу медичних закладів. На відміну від фахівця-клініциста, вони надають перевагу формальним критеріям оцінки якості. Через відсутність відповідних нормативних правових актів, що захищають права споживачів, пацієнт, як і раніше, залишається пасивним учасником цього процесу, і його думка не враховується при оцінці ЯМД. Показниками якості виступають: оптимальне досягнення результату, медичне обґрунтування, відповідність стандартам, низькі рівні негативних показників (летальність, частота ускладнень тощо), показники використання ресурсів, кваліфікація персоналу[39].

У цілому процеси контролю і забезпечення ЯМД в рамках бюрократичної моделі не передбачають систематичної діяльності щодо

підвищення якості та аналіз причин виявлених дефектів, що здебільшого призводить до штучного зменшення недоліків і приховування їх від аудиторів, формального проведення таких інспекцій. Як наслідок, утверджується реактивний тип управління якістю результату, зниження мотивації персоналу щодо демонстрації реальних показників [49, 51].

Індустріальна модель управління якістю орієнтована на задоволення потреб і очікувань пацієнтів та інтересів усіх сторін, що беруть участь у наданні МД (лікарів, медичних сестер). Ця модель була розроблена Дж.Едвардом Демінгом і реалізує сучасну концепцію безперервного поліпшення якості медичної допомоги (Organization wide quality improvement (OQI)).

Ідеологія БПЯ базується на трьох основних положеннях:

1. Більша частка проблем якості медичного обслуговування зумовлена не невдачами окремих співробітників, а недоліками системи ОЗ.
2. Зусилля щодо удосконалення системи слід спрямовувати насамперед на потреби пацієнтів, а не медичних закладів.
3. Необхідна розробка системи індикаторів для моніторингу структури, процесу і результату.

Індустріальна модель передбачає, що якість послуги забезпечується через якість всіх складових технологій. Складові технології – це структура (обладнання, матеріали, кадри), технологічні процеси і результати, що отримані. Якість результатів визначається якістю технологічних процесів, що їх формують. Відповідно, допомога може бути отримана тільки в результаті організації та виконання медичних процесів високої якості. На відміну від бюрократичної моделі, у концепції індустріальної моделі виділяються дві складові забезпечення ЯМД: зовнішня гарантія якості (похідна бюрократичної моделі) і внутрішня, основу якої становить концепція БПЯ послуг з орієнтацією на пацієнта і творчою участю всіх зацікавлених сторін (адміністрація всіх рівнів ОЗ, медичний персонал, пацієнт) у розробці політики якості і прийнятті рішень. Метою цієї діяльності є максимальне

зменшення відхилень у функціонуванні технологічних процесів і управління якістю результатів, задоволення потреб пацієнтів, персоналу та інтересів держави (суспільства). Індустріальна модель передбачає перманентне поліпшення якості послуг, орієнтованих на споживачів допомоги, через формування потреб і мотивацій шляхом запровадження, з одного боку, науково-обґрунтованої медичної практики і сучасних технологій, з іншого – управління змінами, спрямованими на удосконалення організаційної структури системи МД, оптимізацію використання ресурсів, підвищення професійної майстерності медичного персоналу [50, 52].

Зовнішня гарантія якості в індустріальній моделі проявляється у формі процесів акредитації, ліцензування та стандартизації.

БПЯ, на відміну від бюрократичної моделі, передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до підвищення якості, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому шляхом постійної модифікації і вдосконалення як її складових, так і взаємозв'язків між ними, перехід від виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам, до стимулювання виявлення і вирішення існуючих проблем.

Процес підвищення ЯМД і відповідно результатів діяльності лікувального закладу є безперервним циклом. Слід підкреслити, що тільки систематична комплексна діяльність є ефективною. Простий вимір результатів або оцінка окремих елементів допомоги не призведуть до поліпшення результатів. Необхідно використовувати результати оцінки та аналізу для внесення змін і безперервного вдосконалення технології.

Індустріальна модель, на відміну від бюрократичної, орієнтована на розвиток, який забезпечується саме механізмом БПЯ, коли стурбованість якістю починається з першого кроку управління (з етапу планування) і вже не припиняється. Слід наголосити на збереженні (як і у бюрократичній моделі управління ЯМД) ролі блоку контролю, основу якого становлять види і форми організації контролю, критерії і показники оцінки ЯМД (індикатори,

стандарти), інструменти оцінки. Впровадження програм БПЯ дає змогу порівнювати кінцеві результати, досягнуті в аналогічних закладах ОЗ, встановлювати і поширювати приклади найкращої практики (еталони).

На відміну від професійної і бюрократичної моделей управління ЯМД, в рамках індустріальної моделі змінюється роль пацієнта в системі подання медичної допомоги, який зі спостерігача перетворюється на головну дійову особу. Відбувається перехід від ери автономії лікарів і контролю адміністративних органів до підконтрольності з боку пацієнта, який має особисте уявлення про ЯМД, а задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням стає невід'ємною складовою характеристики ЯМД [31].

Провідними складовими індустріальної моделі є: процесний аналіз, участь усього колективу в управлінні ЯМД, перехід від інспекційного контролю до самоконтролю, врахування потреб населення в медичній допомозі і підвищення ступеня задоволеності пацієнтів.

1.3 Процес покращення якості медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту

Впровадження сучасної індустріальної моделі безперервного покращення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я потребує розробки та впровадження технологій внутрішнього аудиту як одного з основних інструментів не тільки контролю, але й моніторингу результативності функціонування системи управління якістю медичної допомоги та її вдосконалення.

Міжнародні стандарти контролю якості визначають внутрішній аудит як «оцінювальну діяльність служби, створеної суб'єктом господарювання» [4]. Внутрішні аудити («аудити першою стороною») проводить або сама організація, або за її дорученням певна особа для критичного аналізу з боку керівництва і для інших внутрішніх цілей. Чим ефективніше функціонує

внутрішній аудит системи управління, тим менша потреба організації в зовнішньому аудиті. Внутрішній аудит є джерелом інформації, що допомагає організаторам охорони здоров'я об'єктивно оцінити реальний стан якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я та приймати управлінські рішення.

Отже, метою внутрішнього аудиту надання медичної допомоги є забезпечення необхідною інформацією менеджменту закладів охорони здоров'я.

Основними завданнями внутрішнього аудиту є:

- виявлення проблеми надання медичної допомоги;
- визначення мети і розроблення стандартів якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- виявлення причин низької якості медичного обслуговування;
- розроблення заходів для покращення якості та їх впровадження;
- оцінка якості медичної допомоги після впровадження заходів, розроблених у процесі внутрішнього аудиту.

Принципи аудиту:

1) достовірність. Для забезпечення достовірності аудит проводиться працівниками, які безпосередньо не зацікавлені в тому чи іншому результаті аудиту;

2) «було тільки те, що написано» («книги не врут») – те, що не записано в медичних документах, вважається невиконаним [30];

3) конфіденційність і анонімність. Аналіз даних аудиту здійснюється конфіденційно і анонімно як щодо пацієнтів, так і медичних працівників. Результат аудиту не повинен бути покаранням або привести до скарг/позовів з боку пацієнтів;

4) об'єктивність. Аналіз даних проводиться на основі заздалегідь погоджених, точно сформульованих критеріїв, що легко вимірюється.

5) лідерство керівництва. Ефективність процесів внутрішнього аудиту забезпечується ініціативністю керівництва.

Аналіз результатів внутрішнього аудиту здійснюється з метою отримання достовірної і об'єктивної інформації для поліпшення якості медичної допомоги і досягнення встановлених стандартів і норм [29].

Внутрішній аудит – це аналіз, оцінка медичної діяльності, ефективності її організаційної структури, перевірка відповідності лікувально-профілактичної діяльності персоналу лікарень та амбулаторно-поліклінічної ланки правилам, стандартам та нормативам. Внутрішній аудит – це цілостна, постійно діюча підсистема в охороні здоров'я, яка направлена на безперервне покращення якості медичної допомоги населенню [34].

Надзвичайно важливим є такі принципи аудиту як конфіденційність, ніхто не буде покараний або обвинувачений у результаті проведення аудиту та ін.

Дослідженнями встановлені основні види внутрішнього аудиту:



Рисунок 1.2 – Види внутрішнього аудиту

Базовий внутрішній аудит припускає використання широкого кола показників, звичайно реєстрованих у клінічних записах або комп'ютеризованих інформаційних системах. Це не є аудитом у буквальному значенні, але часто є першим 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 медичної допомоги.

Проспективний аудит припускає наявність, як контрольного переліку процедур конкретного пацієнта для забезпечення того, щоб всі зазначені в уніфікованому клінічному протоколі процедури були проведені, так і наявність додаткових протоколів, які уточнюють, що потрібно робити у випадку одержання результатів, що відхиляються від норми. Такий аудит потребує багато часу і має мінімальну ефективність.

Тематичний аудит припускає вибір певної теми, що наприклад викликає заклопотаність на місцевому рівні.

Моніторинг небажаних результатів це особлива форма тематичного аудиту, що представляє собою рутинний аудит всіх випадків небажаних результатів.

Рівні проведення аудиту поділяються на місцевий (локальний) або рівень ЗОЗ; регіональний або національний, міжнародний.

Внутрішній аудит представляє собою циклічний процес, який має кілька послідовних етапів. Перший етап – це планування внутрішнього аудиту, що включає вибір теми, визначення цілі, погодження з найкращою клінічною практикою. Другий етап – підготовчий. Він включає забезпечення необхідної структури (моно або мультидисциплінарних команд) - навчання членів команд; залучення користувачів послуг у процесі аудиту; створення

сприятливого середовища, підтримка керівництва; забезпечення етичних норм, вибір методу дослідження та індикаторів.

Наступний етап – процес аудиту. Для цього етапу важливо зібрати інформацію, її проаналізувати, надати пропозиції. На четвертому етапі, етапі впровадження змін відбувається підтримка вдосконалень. І кінцевий етап – це моніторинг ефективності впроваджень, або повторний аудит.

2 МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для покращення ЯМД хворим АГ на первинному рівні надання МД нами була розроблена та впроваджена система управління ЯМД на основі механізму внутрішнього аудиту в СМКЛ №5.

Для досягнення мети роботи та виконання поставлених завдань, нами були використані наступні методи: *аналізу, синтезу та наукової абстракції* (при визначенні основних наукових категорій управління якістю медичної допомоги); *порівняльного і статистичного аналізу, логічного узагальнення* (при формуванні видів та критеріїв оцінки ефективності запропонованих видів внутрішнього аудиту, обробці результатів соціологічного дослідження); *соціологічного опитування* (при дослідженні якості надання медичної допомоги хворим на АГ).

Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою стандартної статистичної комп'ютерної системи "Microsoft Excel", адаптованої до медико-біологічних досліджень, з обчисленням середнього арифметичного значення та його похибки ($M \pm m$), критерію Стьюдента (t), рівня значимості (p) для оцінки достовірності різниці абсолютних значень середніх величин. Різницю вважали достовірною при значеннях $p < 0,05$. Проведено кореляційний аналіз вивчених параметрів з наведенням значущих відмінностей коефіцієнта лінійної кореляції (r).

3 АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПОШИРЕНOSTІ І ЗАХВОРЮВАНOSTІ ХВОРОБ СИСТЕМ КРОВООБІГУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. СУМИ

Вибір теми внутрішнього аудиту щодо покращення ЯМД хворим АГ зумовлений актуальністю боротьби з неінфекційними хворобами. Актуальність даної теми підтверджується тим, що у 2011 р. в Україні серед дорослого населення було зареєстровано понад 12 млн. випадків захворювань на гіпертонічну хворобу, що складає 32,2 % дорослого населення. У період 1991-2011 рр. захворюваність та поширеність даної патології збільшилася майже втричі. Рівень первинної інвалідності дорослого населення протягом 2010-2011 рр. зріс на 20% та населення працездатного віку – на 16,7 %.

Показник поширеності хвороб системи кровообігу у м. Суми за 2012 р. зріс на 3,00% у порівнянні з 2011 р. У осіб працездатного віку цей показник за 2012 р. зріс на 3,7 % у порівнянні з 2011 р. Показник поширеності хвороб системи кровообігу у м. Суми на 100 тис. населення склав у 2012 р. 63932,26; у 2011 р. – 62119,96; у 2010 р. – 61356,18. Серед осіб працездатного віку цей показник склав: 2012 р. – 23744,27; 2011 р. – 2903,57; 2010 р. – 21721,63 (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Показники поширеності хвороб системи кровообігу (на 100 тис. населення)

	Загальний показник поширеності серед дорослого населення			Показник поширеності серед осіб працездатного віку		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Показник у м. Суми	61356,18	62119,96	63932,26	21721,63	22903,57	23744,27
СМКЛ №5	54463,60	56734,35	58248,49	22747,05	22806,86	23569,29

За даними табл. 2.1 у 2012 р. показник поширеності хвороб системи кровообігу серед осіб працездатного віку у порівнянні з 2011 р. у СМКЛ № 5 зріс на 3,3 %. Показник поширеності хвороб системи кровообігу серед дорослого населення у СМКЛ №5 зріс на 2,7 % у порівнянні з 2011 р.

Показник захворюваності хвороб системи кровообігу у м. Суми за 2012 р. зріс на 4,8% у порівнянні з 2011 р. Серед осіб працездатного віку показник захворюваності хвороб системи кровообігу залишився на рівні 2011 р. (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 – Показники захворюваності від хвороб системи кровообігу (на 100 тис. населення)

	Загальний показник захворюваності серед дорослого населення			Показник захворюваності серед осіб працездатного віку		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Показник у м. Суми	4026,24	4349,15	4558,32	2560,23	3023,70	3024,65
СМКЛ №5	2857,11	2846,83	3043,75	2285,74	2467,37	2649,96

За 2012 р. спостерігається збільшення показника захворюваності у СМКЛ № 5 на 7,00 %. Серед осіб працездатного віку за 2012 р. показник захворюваності від хвороб систем кровообігу зріс у СМКЛ №5 – на 7,40%.

Хвороби системи кровообігу займають у структурі загальної смертності хворих у м. Суми перше місце і склали у 2012 р. 66,50 %. Серед осіб працездатного віку цей показник становить 32,60 %.

Показник смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення у м. Суми склав: у 2012 р. – 6,7; 2011 р. – 7,9; 2010 р. – 8,5. Серед осіб працездатного віку цей показник становив: у 2012 р. – 0,90; 2011 р. – 0,89; 2010 р. – 0,59. (табл. 3.3).

Таблиця 3.3 – Показники смертності від хвороб системи кровообігу (на 100 тис. населення)

	Загальний показник смертності серед дорослого населення			Показник смертності серед осіб працездатного віку		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Показник у м. Суми	8,5	7,9	6,7	0,59	0,89	0,90
СМКЛ №5	6,9	7,3	6,8	0,47	0,95	0,74

Загальна смертність від хвороб системи кровообігу у м. Суми у 2012 р. зменшилася на 15,00%, у СМКЛ №5 – зменшилася на 7,00 %. Серед осіб працездатного віку у 2012 р. у порівнянні з 2011 р. показник смертності від хвороб системи кровообігу у м. Суми зріс на 1,10 %; Показник поширеності гіпертонічної хвороби у м. Суми у 2012 році збільшився на 4,50% у порівнянні з 2011 роком. Серед хворих працездатного віку цей показник зріс на 10,20% у порівнянні з 2011 р. У 2012 р. показник поширеності гіпертонічної хвороби у м. Суми становив на 100 тис. населення 28849,56; у 2011 р. – 13644,77; у 2010 р. – 27348,64. Серед осіб працездатного віку цей показник становив% у 2012 р. – 15038,11; у 2011 р. – 13644,77; у 2010 р. – 13189,03 (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 – Показники поширеності гіпертонічної хвороби (на 100 тис. населення)

	Загальний показник поширеності серед дорослого населення			Показник поширеності серед осіб працездатного віку		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Показник у м. Суми	27348,64	27615,93	28849,56	13189,03	13644,77	15038,11
СМКЛ №5	28477,34	29549,00	30035,80	14626,16	14292,23	15749,12

Спостерігається зростання показника поширеності гіпертонічної хвороби серед контингенту СМКЛ №5 – на 4,20%. Серед осіб працездатного віку відбулося зростання даного показника у СМКЛ №5 – на 10,20 %.

Показник захворюваності гіпертонічною хворобою у 2012 р. у м. Суми зріс на 17,10 % у порівнянні з 2011 р. Серед хворих працездатного віку спостерігається збільшення даного показника на 17,90 % у порівнянні з минулим роком. Так, показник захворюваності гіпертонічною хворобою у м. Суми у 2012 році становив на 100 тис. населення 2182,82; у 2011 р. – 1863,24; у 2010 р. – 1644,50. Відбулося збільшення величини даного показника у СМКЛ №5 – на 15,70 % у порівнянні з 2011р. (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 – Показники захворюваності гіпертонічною хворобою (на 100 тис. населення)

	Загальний показник захворюваності серед дорослого населення			Показник захворюваності серед осіб працездатного віку		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Показник у м. Суми	1644,50	1863,24	2182,84	1090,92	1406,62	1658,87
СМКЛ №5	1052,29	1158,21	1339,80	802,61	938,27	1146,16

Показник захворюваності гіпертонічною хворобою серед осіб працездатного віку склав у 2012 р. 1658,87; у 2011 – 1406,62; у 2010 р. – 1090,92. Даний показник зріс у СМКЛ №5 – на 15,7 %.

Кількість хворих з гіпертонічною хворобою у м. Суми, що перебувають під диспансерним наглядом, на 100 тис. населення збільшилася на 1,20 % у порівнянні з 2011 р; для осіб працездатного віку – на 5,10 % (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 – Кількість хворих гіпертонічною хворобою, які перебувають під диспансерним наглядом (на 100 тис. населення)

	Загальний показник серед дорослого населення			Показник серед осіб працездатного віку		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Показник у м. Суми	25175,01	25647,02	25943,33	12236,92	12485,57	13119,18
СМКЛ №5	24926,65	25131,28	25108,02	13814,47	14010,84	14502,14

Кількість хворих гіпертонічною хворобою, які перебувають під диспансерним наглядом, на 100 тис. населення у 2012 р. у порівнянні з 2011 р. у СМКЛ №5 – на 4,00 %. Серед осіб працездатного віку даний показник зріс у СМКЛ № 5 на 3,50% у порівнянні з 2011 р.

У табл. 3.7 продемонстровані показники первинного виходу на інвалідність у м. Суми за 2012 р.

Таблиця 3.7 – Первинний вихід на інвалідність у м. Суми за 2012 р. (на 10 тис. населення)

	Показник у м. Суми	
	2011 р.	2012 р.
Хвороби системи кровообігу	10,7	9,1
Гіпертонічна хвороба	0,4	0,5

За 2012 р. у м. Суми спостерігається зниження показника первинного виходу на інвалідність від хвороб системи кровообігу на 15,00%; показник первинного виходу на інвалідність від гіпертонічної хвороби зріс на 19,50 %.

Більшість пацієнтів з АГ проходять лікування в амбулаторно-поліклінічних медичних закладах. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить про те, що своєчасна діагностика, проведення заходів первинної та вторинної профілактики, своєчасне призначання адекватної медикаментозної терапії, залучення до участі в процесі лікування пацієнта та членів його родини затримує прогресування захворювання, знижує ризик виникнення

ускладнень, сприяє поліпшенню якості життя та збереженню працездатності, тобто АГ є керованою хворобою. Європейська політика охорони здоров'я «Здоров'я – 2020», яка має чітку профілактичну спрямованість, стала поштовхом для створення Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір», що передбачає орієнтацію служби охорони здоров'я на формування здорового способу життя та боротьбу з провідними хронічними неінфекційними захворюваннями, у тому числі з артеріальною гіпертонією (АГ). За даними ВООЗ профілактика, якщо вона здійснюється у формі впливу на фактори ризику, сприяє зниженню смертності від серцево-судинних захворювань на 50-74 %, у той час як медичні втручання знижують смертність на 23-47 % [2].

Впровадження механізму управління ЯМД на основі внутрішнього аудиту для хворих АГ на первинному рівні включало етапи, які продемонстровані на рис. 2.1.



Рисунок 3.1 – Етапи впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту

4 ПЛАНУВАННЯ ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТУ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я М. СУМИ

Дослідження проводилося на базі амбулаторно-поліклінічного відділення СМКЛ №5 впродовж листопада-грудня 2012 р. На етапі планування внутрішнього аудиту у лікарні наказом по ЗОЗ було:

1) встановлені пріоритети у процесах підвищення ЯМД: покращення ЯМД без додаткового збільшення фінансування, вузькість і конкретність теми, актуальність, дієвість;

2) визначено тему та мету внутрішнього аудиту. Загальною темою внутрішнього аудиту було обрано: „Підвищення якості медичної допомоги хворим артеріальною гіпертензією на первинному рівні” у зв’язку з високою смертністю та інвалідністю, зумовленими серцево-судинними захворюваннями. Загальною метою визначено: виявлення недоліків в організації медичної допомоги хворим артеріальною гіпертензією на первинному рівні та розроблення пропозицій щодо їх усунення;

3) визначено ресурси: програмне забезпечення, персональний комп’ютер, лікарі-експерти, середній і молодший медичний персонал;

4) сформовано мультидисциплінарну команду, до складу якої увійшли фахівці кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров’я медичного інституту Сумського державного університету, лікарі та середній медичний персонал ЗОЗ, пацієнти, представники громадської організації (всього у кількості – 15 осіб); Головою мультидисциплінарною команди був призначений заступник головного лікаря з амбулаторно-поліклінічної роботи.

Мультидисциплінарна команда на своєму засіданні склала поетапний план проведення аудиту, який складався з двох частин: експертиза первинної медичної документації хворих АГ, які знаходилися на диспансерному обліку

(амбулаторних карт диспансерних хворих АГ, форма № 025/д), та моніторинг думки хворих АГ щодо визначення рівня їх поінформованості про перебіг хвороби та ризику, виконання профілактичних, лікувальних рекомендацій лікаря та контролю рівня артеріального тиску. Для цього було розроблено анкету диспансерного хворого артеріальною гіпертензією. Загальний термін проведення аудиту був визначений тривалістю два місяці. Методом випадкового відбору визначено дільниці ЗПСМ, які прийматимуть участь у аудиті, у кількості десяти. Для перевірки якості надання медичної допомоги хворим АГ на первинному рівні було прийняте рішення щодо перевірки виконання індикаторів якості, визначених в локальному протоколі, розробленому згідно Наказу МОЗ України № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії» від 24.05.2012 р. (далі наказ № 384): наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря локального клінічного протоколу ведення пацієнта з артеріальною гіпертензією; відсоток пацієнтів, яким надані рекомендації щодо модифікації стилю життя та «Інформаційний лист пацієнта»; відсоток пацієнтів, які мають цільовий рівень артеріального тиску; відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного року. Також було вирішено перевірити виконання обов'язкових показників лабораторних та інструментальних методів дослідження, затверджених у локальному протоколі (відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є запис про фактори ризику; відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є дані про ураження органів-мішеней; відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є запис про проведення лабораторних методів обстежень (рівень холестерину, загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові, рівень глікемії); відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є дані про проведення інструментальних методів обстежень (електрокардіографія, ультразвукове дослідження, флюорографія); відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є інформація про стратифікацію ризику; відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є дані

про вимірювання артеріального тиску під час кожного відвідування поліклініки; відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є інформація про кількість загострень за рік; відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є дані про призначення медикаментозного лікування; відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є інформація про кількість викликів за рік (сімейного лікаря, машини швидкої допомоги) або лікування у стаціонарних умовах) [35].

Метою аудиту медичної документації стало виявлення та аналіз відповідності наявної інформації в первинній документації хворих артеріальною гіпертензією (амбулаторних карт) вимогам локального протоколу надання МД хворим АГ, аналіз їх виконання та перевірка виконання додаткових показників ЯМД, затверджених мультидисциплінарною групою, в амбулаторних картах хворих АГ; надання рекомендацій з покращення ЯМД хворим АГ. Була розроблена форма для перевірки амбулаторних карт (додаток 1). За еталон кожного індикатора було визначено 100 % його досягнення.

Метою аудиту думки диспансерних хворих АГ - визначення рівня їх поінформованості щодо перебігу їх захворювання, виконання заходів з профілактики, лікувальних рекомендацій лікаря; та використання отриманої інформації для покращення ЯМД. Завдання дослідження: виявлення рівня поінформованості хворих АГ щодо їх захворювання; визначення ступеня виконання рекомендацій лікаря ЗПСМ; виявлення основних причин невиконання диспансерними хворими АГ заходів з профілактики та лікування; розроблення практичних рекомендацій щодо покращення ЯМД диспансерним хворим АГ. Для дослідження були розроблена спеціальна анкета.

5 ПРОЦЕС ПРОВЕДЕННЯ І АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Для виявлення існуючого рівня ЯМД, на десяти лікарняних дільницях ЗПСМ були проаналізовані амбулаторні карти (форма № 025/д) 384 хворих віком від 18 до 69 років, що знаходяться на диспансерному обліку у лікарів ЗПСМ з приводу артеріальної гіпертензії (чоловіків – 137 (43,82±3,58 %), жінок – 247 (56,12±3,58 %)). Середній вік диспансерних хворих, амбулаторні картки яких були досліджені склав 52,00±0,07 роки. Амбулаторні картки для дослідження були обрані методом випадкового відбору.

При перевірці амбулаторних карт було проаналізовано виконання індикаторів ЛПМД. Дані проведеного аналізу представлені у табл. 5.1.

Таблиця 5.1 – Результати перевірки виконання індикаторів ЛПМД з АГ в амбулаторних картах

№ п/п	Індикатори ЛПМД з АГ	Дані амбулаторних карт пацієнтів
1	Відсоток пацієнтів, яким надані рекомендації щодо модифікації стилю життя та «Інформаційний лист пацієнта».	154 (40,05±3,54%)
2	Відсоток пацієнтів, які мають цільовий рівень артеріального тиску.	54 (14,04±2,50 %)
3	Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного року.	330 (85,95±2,50 %)

При перевірці наявності локальних протоколів у лікарів ЗПСМ було встановлено, що лише 6 (60±2,90 %) з 10 лікарів мали їх на своєму робочому місці.

Лише у 154 (40,05±3,54%) амбулаторних карт диспансерних хворих артеріальною гіпертензією є дані про надання рекомендацій щодо стилю життя та інформаційний лист пацієнта. Цільовий рівень артеріального тиску досягнутий тільки у 54 (14,04±2,50 %) хворих. У 330 (85,95±2,50 %) амбулаторних карт пацієнтів присутня інформація про медичний стан протягом звітного року. При цьому у 54 (14,05±2,50 %) амбулаторних карток відсутня інформація про медичний стан пацієнта протягом року [38].

Додатково для оцінки якості заходів щодо профілактики та лікування хворих АГ мультидисциплінарною групою були запропоновані й розраховані такі показники (індикатори), що представлені у табл. 5.2, 5.3.

Таблиця 5.2 – Результати перевірки виконання індикаторів ЯМД в амбулаторних картах хворих АГ, затверджених мультидисциплінарною командою

№ п/п	Додаткові індикатори якості медичної допомоги затверджені мультидисциплінарною командою	Дані амбулаторних карт
1	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є запис про фактори ризику.	315 (82,06±2,76%)
2	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є дані про ураження органів-мішеней.	207 (53,97±3,60%)
3	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є інформація про стратифікацію ризику.	200 (52,02±3,60%)
4	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є дані про вимірювання артеріального тиску під час кожного відвідування поліклініки.	272 (71,01±3,28%)
5	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є інформація про кількість загострень за рік.	154 (40,06±3,52%)
6	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є дані про призначення медикаментозного лікування.	368 (95,97±1,42 %)
7	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є інформація про кількість викликів за рік (сімейного лікаря, машини швидкої допомоги) або лікування у стаціонарних умовах.	234 (60,99±3,52%)

У 69 (17,94±2,76%) амбулаторних карт пацієнтів не має запису про фактори ризику. У 177 (46,03±3,60 %) амбулаторних карт пацієнтів відсутня інформація про ураження органів-мішеней. У 184 (47,98±3,60 %) амбулаторних карт пацієнтів відсутня інформація про стратифікацію ризику.

Таблиця 5.3 – Результати перевірки наявності результатів про проведення інструментальних та лабораторних методів обстежень в амбулаторних картах хворих АГ

№ п/п	Додаткові індикатори якості медичної допомоги	Дані амбулаторних карт пацієнтів
1	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є запис про проведення лабораторних методів обстежень: -рівень холестерину, -загальний аналіз сечі; - загальний аналіз крові; - рівень глікемії; - рівень креатиніну	203 (52,92±3,60 %) – рівень холестерину; 301 (78,54±2,96 %) – загальний аналіз сечі; 326 (85,04±2,58 %) - загальний аналіз крові; 291 (75,94±3,08%) – рівень глікемії; 157 (40,83±3,54%) - рівень креатиніну.
2	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є дані про проведення інструментальних методів обстежень: -електрокардіографія; - ультразвукове дослідження; -флюорографія.	303 (78,93±2,94 %) – електрокардіографія; 173 (45,00±3,60 %) – результати ультразвукового обстеження серцево-судинної системи; 281 (73,08±3,20%) – проведення флюорографії.

У 50 (13,00±2,41 %) амбулаторних картах відсутні дані про вимірювання артеріального тиску під час відвідування поліклініки, а у 61 (15,99 ±2,64%) – артеріальний тиск вимірювався лише один раз. У 230 (59,94±3,52 %) амбулаторних карт не зазначена інформація про загострення за рік.

Лише у 157 (40,96±3,54%) пацієнтів диспансерний огляд був проведений двічі на рік. У 368 (95,97±1,42 %) амбулаторних карт є дані про призначення медикаментозного лікування. У 150 (39,01±3,52 %) амбулаторних карт не вказана інформація про кількість викликів за рік (сімейного лікаря, машини швидкої допомоги) або лікування у стаціонарних

умовах. У 203 (52,92±3,60 %) амбулаторних карт пацієнтів є дані про рівень холестерину; у 326 (85,04±2,58 %) - інформація про загальний аналіз крові; у 301 (78,54±2,96 %) – запис про загальний аналіз сечі; у 291 (75,94±3,08%) амбулаторних карт пацієнтів є дані про рівень глікемії; 157 (40,83%) – рівень креатиніну . У 303 (78,93±2,94 %) амбулаторних карт пацієнтів є дані про проведення електрокардіографія; у 172 (45,00±3,60 %) амбулаторних карт пацієнтів є запис про результати ультразвукового обстеження серцево-судинної системи; у 280 (72,95±3,20 %) амбулаторних карт є запис про проведення флюорографії [37].

Розподіл основних факторів ризику у хворих, які знаходяться під диспансерним наглядом (за даними записів в амбулаторних картках) показаний на рис. 5.1 (загальна сума часток перевищує 100 %, оскільки у одного пацієнта може бути декілька факторів ризику).

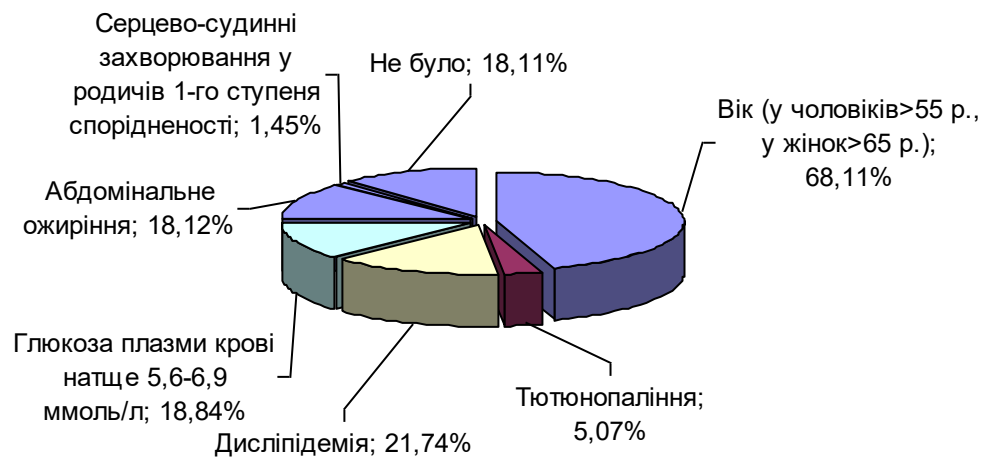


Рисунок 5.1 – Розподіл основних факторів ризику при АГ

Аналіз факторів ризику АГ, до яких належать: вік (у чоловіків > 55 років, у жінок > 65 років); тютюнопаління; дисліпідемія; глюкоза плазми крові натще 5,6-6,9 ммоль/л; абдомінальне ожиріння (обхват талії >102 см у чоловіків і >88 см у жінок); ССЗ у родичів 1 ступеня спорідненості (до 55 років у чоловіків, до 65 років у жінок) показав, що у 68,11±3,36 % пацієнтів основним фактором ризику є вік; тютюнопаління є фактором ризику у

5,07±1,58% пацієнтів; дисліпідемія – у 21,74±2,98 %; глюкоза плазми крові натще 5,6-6,9 ммоль/л – у 18,84±2,82 %; абдомінальне ожиріння – у 18,12±2,78 % диспансерних хворих; ССЗ у родичів 1 ступеня спорідненості – у 1,45±0,86 %.

Залежність основних факторів ризику відповідно до віку пацієнтів демонструє табл. 5.4.

Таблиця 5.4 – Розподіл основних факторів ризику АГ відповідно до віку пацієнтів

Основні фактори ризику	Розподіл факторів ризику АГ залежно від віку, %	
	До 50 років	Більше 50 років
Тютюнопаління	34,82±3,44	20,38±2,90
Дисліпідемія	29,10±3,28	19,24±2,84
Глюкоза плазми крові	9,82±2,14	21,14±2,94
Абдомінальне ожиріння	14,73±2,56	20,19±2,90
ССЗ у родичів 1-го ступеня спорідненості	0	2,47±1,12

Аналіз амбулаторних карт показав, що у 177 (46,03±3,60 %) амбулаторних карт диспансерних хворих артеріальною гіпертензією відсутня інформація про ураження органів-мішеней. На рис. 2.3 зображений розподіл уражень органів-мішеней диспансерних хворих АГ.

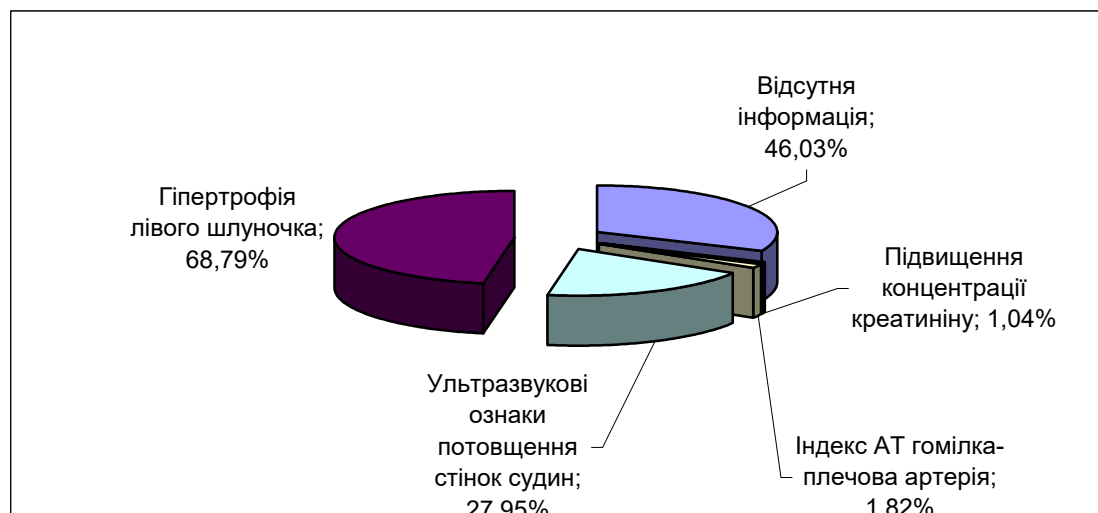


Рисунок 5.2 – Розподіл ураження органів-мішеней у хворих АГ

Згідно записів в амбулаторних картках підвищення концентрації креатиніну спостерігається у 4 (1,04±0,74%) пацієнтів, гіпертрофія лівого шлуночка – у 264 (68,79±3,34 %); ультразвукові ознаки потовщення стінок судин – у 107 (27,95±3,24 %); індекс АТ гомілка-плечова артерія – у 7 (1,82±0,96 %). У більшості диспансерних хворих АГ діагностується гіпертрофія лівого шлуночка. Інформація відсутня у 177 (46,03%±3,60) амбулаторних карт.

Повнота лабораторних та інструментальних обстежень пацієнтів не відповідає запропонованим показникам, затвердженим дослідженням, необхідним для оцінки клінічного статусу пацієнта артеріальною гіпертензією (рис. 5.3).

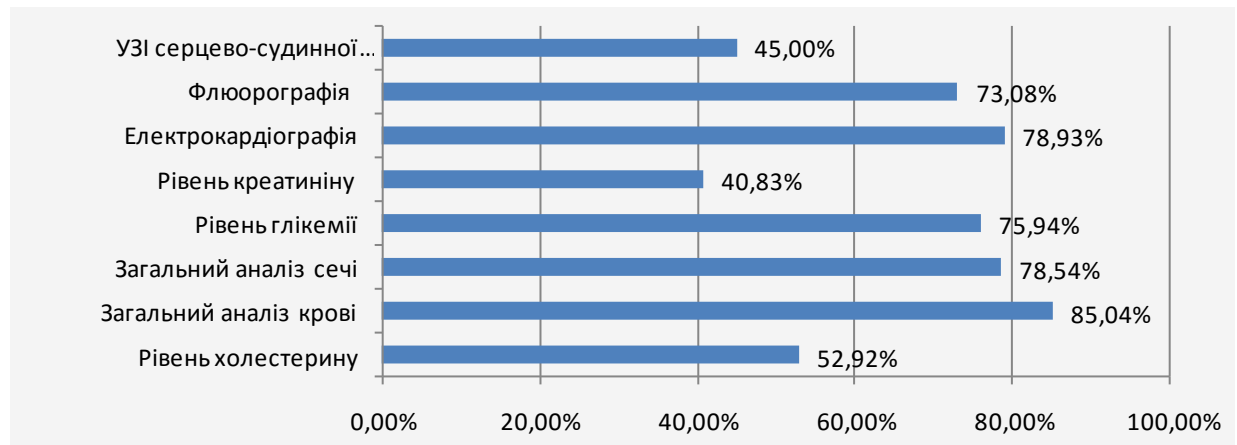


Рисунок 5.3 – Повнота лабораторних та інструментальних обстежень в амбулаторних картках диспансерних хворих АГ

Крім того, 73 (18,98±2,82 %) пацієнтів не проходили жодних лабораторних обстежень, а 84 (21,97±2,98 %) – жодних інструментальних обстежень.

У 50 (13,00±2,41 %) амбулаторних картках відсутні дані про вимірювання артеріального тиску під час відвідування поліклініки, а у 61 (15,99±2,64 %) пацієнтів – артеріальний тиск вимірювався лише один раз на рік; у 46 (11,96±2,34 %) – 2 рази; у 226 (58,90±3,54 %) – 3 рази і більше. У 230 (59,94±3,52 %) амбулаторних карт не зазначена інформація про загострення хвороби за рік або їх відсутність. При аналізі амбулаторних карток, де була зазначена інформація про загострення, наявність кризів

відмічена у 134 ($34,98 \pm 3,44$ %) амбулаторних карт, інсультів – у 11 ($2,99 \pm 1,22$ %), інфарктів – у 8 ($2,21 \pm 1,06$ %). Аналіз амбулаторних карт виявив, що за 2012 рік викликали лікаря ЗПСМ 69 ($17,94 \pm 2,76$ %) пацієнтів; викликали лікаря невідкладної МД 15 ($4,03 \pm 1,42$ %) пацієнтів; отримали стаціонарне лікування 80 ($20,93 \pm 2,94$ %) і лікування денного стаціонару 84 ($21,97 \pm 2,98$ %) хворих. У 150 ($39,01 \pm 3,52$ %) амбулаторних карт не вказана інформація про кількість викликів за рік (лікаря ЗПСМ, машини невідкладної МД) або лікування у стаціонарних умовах.

Отримані дані надали змогу сформулювати такі висновки:

1) локальні протоколи мають $60,00 \pm 21,91$ % лікарів загальної практики - сімейної медицини;

2) не проводиться на рекомендованому рівні динамічне спостереження за станом хворих на артеріальну гіпертензію; диспансерні огляди двічі на рік проведені лише 157 ($40,96 \pm 3,54$ %) хворих;

3) рекомендації щодо модифікації способу життя отримали тільки 154 ($40,05 \pm 3,54$ %) пацієнтів;

4) тільки 2/3 хворих мають в амбулаторних картах результати лабораторних та інструментальних методів дослідження в повному обсязі; $18,98 \pm 2,82$ % хворих не проходили жодних лабораторних обстежень, а $21,97 \pm 2,98$ % – жодних інструментальних обстежень;

5) у $17,94 \pm 2,76$ % амбулаторних карт відсутні дані про фактори ризику;

6) цільовий рівень артеріального тиску досягнуто у 53 ($13,91 \pm 2,50$ %) хворих.

Наступним етапом нами було проведене дослідження думки хворих про стан їх здоров'я, виконання ними рекомендацій лікаря ЗПСМ. Усього відвідали і обстежили 503 хворих АГ (чоловіків $-29,17 \pm 2,02$ %, жінок $-70,83 \pm 2,02$ %).

Одночасно з анкетуванням вимірювався артеріальний тиск, проводилася профілактична бесіда з хворими та членами їх родини щодо

модифікації стилю життя, факторів ризику, можливих ускладнень хвороби; бралися дозvoli на використання персональних даних хворих АГ (номери мобільних телефонів). Обробка анкет хворих з АГ велася за допомогою програми ОСА. Опитування стосувалося виявлення рівня поінформованості диспансерних хворих щодо протікання їх захворювання, проходження діагностичних та лікувальних заходів за 2012 р. Віко-статевая характеристика диспансерних хворих АГ, які приймали участь у опитуванні представлені у табл. 2.12 (в абсолютних числах).

Обробка та аналіз отриманої у ході моніторингу інформації виявили, що мають тонометри 443 (87,96±1,44 %) опитуваних, проте у 60 (11,98±1,44 %) вони відсутні. Більшість опитаних здійснюють контроль за артеріальним тиском.

Так, 317 (63,00±2,14 %) хворих регулярно проводять контроль тиску; 146 (28,97±2,02%) вимірюють тиск нерегулярно; 40 (8,03±1,20 %) – не вимірювали впродовж року взагалі. Про високий рівень консультативної підтримки хворих свідчать такі дані: переважна більшість опитаних – 488 (96,97±0,76 %) – підтверджують отримання детальної інформації про свою хворобу в поліклініці. Медикаментозне лікування було призначене 468 (92,96±1,14 %) хворим. За результатами опитування 146 (28,97±2,02%) хворих артеріальною гіпертензією мали кризи впродовж останнього року. Викликали дільничного лікаря 61 (12,03±1,44 %) опитуваних, 25 (5,00±0,98 %) – невідкладну МД, 55 (10,99±1,40 %) – проходили стаціонарне лікування.

Таблиця 5.5 – Віко-статевая характеристика диспансерних хворих АГ, які приймали участь у дослідженні

Вікові групи	Стать	Чисельність хворих АГ, які приймали участь у дослідженні, осіб.
18-29	Чол.	22
	Жін.	27
	Обидві статі	49
30-39	Чол.	26
	Жін.	38
	Обидві статі	64

Продовження таблиці 5.5

40-49	Чол.	34
	Жін.	94
	Обидві статі	128
50-59	Чол.	33
	Жін.	96
	Обидві статі	129
60-74	Чол.	31
	Жін.	102
	Обидві статі	133
Всього		503

Розподіл факторів ризику ускладнень АГ на думку опитаних зображений на рис. 5.4.

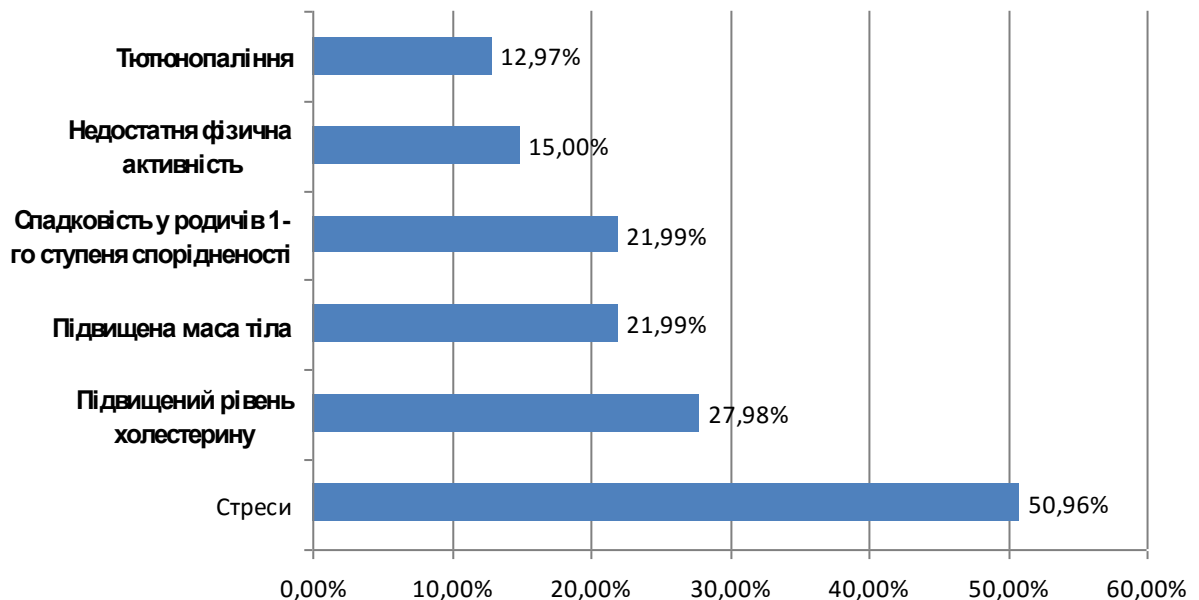


Рисунок 5.4 – Фактори ризику АГ на думку пацієнтів

Серед факторів ризику хворі називали: стреси – 256 ($50,96 \pm 2,22$ %), підвищену масу тіла та спадковість артеріальної гіпертензії у родичів 1-го ступеня спорідненості – 111 ($21,99 \pm 1,84$ %), підвищений рівень холестерину – 141 ($27,98 \pm 2,00$ %), недостатня фізична активність – 75 ($15,00 \pm 2,58$ %), тютюнопаління – 65 ($12,97 \pm 1,50$ %) (загальна сума часток перевищує 100 %, оскільки хворі могли вказувати декілька факторів ризику).

Впродовж 2012 року 211 ($41,96 \pm 2,20$ %) опитаних диспансерних хворих відвідали дільничного лікаря більше двох разів, 51 ($10,10 \pm 1,34$ %) – 2

рази; 80 (16,09±1,64%) – один раз; 161 (31,94 ±2,08 %) – жодного разу не звернулися до дільничного.

Більшість опитаних проходили лабораторні методи обстеження у 2012 р.: контролювали рівень холестерину та загальний аналіз крові – 311 (61,86±2,16 %) опитаних, загальний аналіз сечі – 271 (53,98±2,22 %), рівень глікемії – 231 (45,96±2,22%), рівень креатиніну – 166 (32,98±2,10 %) (рис. 5.5).

Щодо інструментальних методів обстеження у 2012 р., то електрокардіографію було проведено у 442 (87,96±1,44 %) диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією, флюорографію – у 377 (74,98±1,92 %), ультразвукове дослідження – у 337 (66,96±2,10 %).

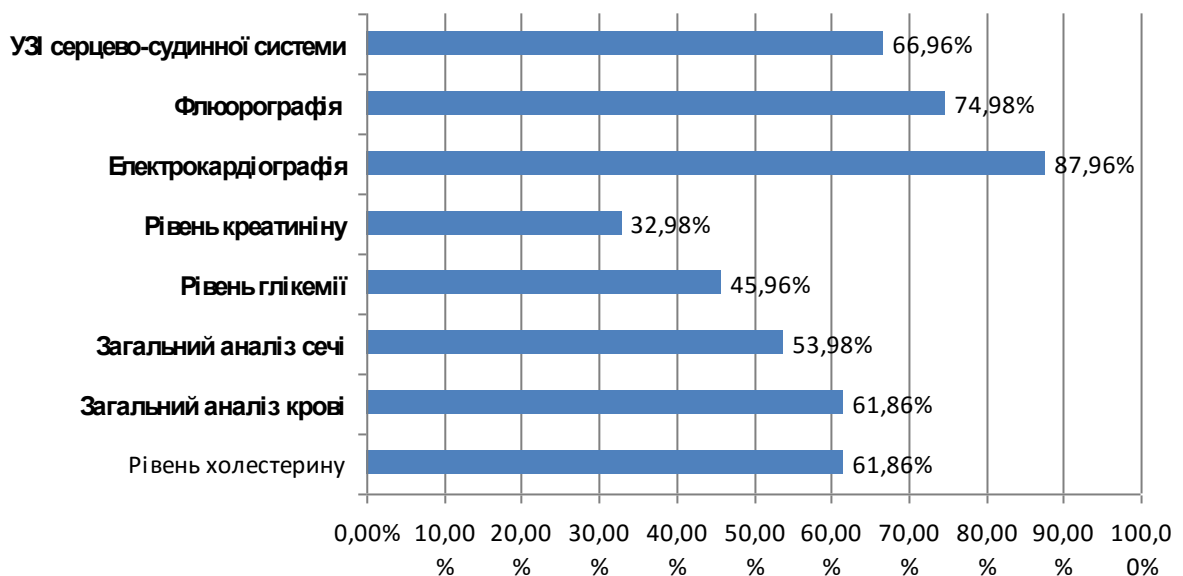


Рисунок 5.5 – Лабораторні та інструментальні методи обстеження диспансерних хворих артеріальною гіпертензією

Інформацію про хворобу 422 (83,95±1,64 %) пацієнтів отримує від сімейного лікаря, від медичної медсестри – 226 (44,97±2,22 %), газет та телевізору – 85 (16,98±1,68 %), від знайомих – 343 (10,00±1,34 %) (загальна сума часток перевищує 100 %, оскільки хворі могли вказувати декілька каналів інформації).

На час відвідування у 328 (65,13±2,12 %) хворих був підвищений артеріальний тиск. 459 (91,23±1,26%) опитаних відзначають поінформованість про державну програму щодо забезпечення антигіпертензійними ліками. 457 (90,88±1,28 %) опитаних зазначили, що їм виписували рецепти для лікування артеріальної гіпертензії з частковим відшкодуванням коштів, при цьому майже 187 (37,24±2,08 %) не використовували ці рецепти за призначенням. Основними причинами такої ситуації хворі називають: «забуваю» – 335 (66,66±2,10 %); «не маю часу» – 69 (13,72±1,54 %), «приймаю інші ліки» – 99 (19,62±1,7 %). Проте незважаючи на високий рівень поінформованості хворих про протікання АГ і можливі ускладнення 488 (97,18±0,74 %), результати опитування вказали на недостатній рівень їх відповідальності за власне здоров'я. Лише 239 (47,65±2,22 %) опитуваних регулярно приймають ліки, 170 (33,38±2,10 %) - нерегулярно приймає ліки; 95 (19,02±1,74%) – взагалі не приймають. Основними причинами нерегулярного приймання ліків хворі називають такі: 243 (48,34±2,22 %) – «забуваю», 137 (27,20±1,98 %) – «висока вартість медикаментів», 71 (14,06±1,54 %) – «не хочу», 52 (10,40±1,36 %) – «не допомагає».

Отже, моніторинг думки хворих АГ, що знаходилися на диспансерному обліку у лікаря ЗПСМ, показав що:

1) нерегулярний контроль тиску 186 (37,09±2,16% опитаних), 46 (8,27±1,22 %) – взагалі не вимірювали артеріальний тиск у 2012 р.; нерегулярний прийом ліків – 263 (52,30±2,22 %), а кожний п'ятий не приймає ліки взагалі (хоча 459 (91,28±1,26 %) поінформовані, з їх слів, про профілактику, перебіг хвороби та наслідки АГ); невідвідування лікаря ЗПСМ з профілактичною метою (32±2,08 % опитаних диспансерних хворих);

2) основними причинами нерегулярного приймання ліків і контролю тиску хворі вказують на: те, що вони «забувають» (48,34±2,22 %) або «не бажають лікуватися» (14,06±1,54 %);

3) основною причиною гіпертонічних кризів більшість хворих називають стреси (50,96 \pm 2,22 % хворих);

4) майже всі опитувані зазначили, що їм виписували безкоштовні рецепти на антигіпертензійні препарати, але 37,24 \pm 2,08% не використали їх за призначенням. Причини: «забуваю» – 66,66 \pm 2,10%; «не маю часу» – 13,72 \pm 1,52 %, «приймаю інші ліки» – 19,62 \pm 1,76 %.

Аналіз результатів внутрішнього аудиту ЯМД хворим АГ на первинному рівні виявив, що існують розбіжності у аналогічних показниках за результатами моніторингу поінформованості пацієнтів та аудиту медичної документації (табл. 5.6).

Таблиця 5.6 – Порівняльна характеристика результатів аудиту медичної документації та аудиту поінформованості диспансерних хворих АГ

№ п/п	Показник аудиту медичної документації диспансерних хворих АГ	Показник аудиту рівня поінформованості диспансерних хворих АГ
1	У 40 \pm 3,53% амбулаторних карт диспансерних хворих артеріальною гіпертензією є дані про надання рекомендацій щодо стилю життя та інформаційний лист пацієнта.	97 \pm 0,76% опитаних підтверджують отримання детальної інформації про свою хворобу в поліклініці.
2	У 96 \pm 1,41 % амбулаторних карт є дані про призначення медикаментозного лікування.	Медикаментозне лікування було призначене 93 \pm 1,14 % хворих.
3	У 60 \pm 3,53% амбулаторних карт не зазначена інформація про загострення за рік. Гіпертонічні кризи були відмічені у 35% хворих.	29 \pm 2,02% хворих артеріальною гіпертензією мали кризи у аналізованому періоді.
4	У 39 \pm 3,51% амбулаторних карт не вказана інформація про кількість викликів за рік (сімейного лікаря, машини швидкої допомоги) або лікування у стаціонарних умовах; у 18 \pm 2,76 % амбулаторних карт є запис про виклик лікаря ЗПСМ, у 4 \pm 1,42% – машини невідкладної МД, у 21 \pm 2,94% – про проходження лікування у стаціонарних умовах, у 22 \pm 2,99% – про проходження лікування в умовах денного стаціонару.	Викликали дільничного лікаря 12 \pm 1,45% опитуваних, 5 \pm 0,97% – невідкладну МД, 11 \pm 1,39% – проходили стаціонарне лікування.

Продовження таблиці 5.6

5	Лише у 41±3,54% пацієнтів диспансерний огляд був проведений двічі на рік з профілактичною метою.	42±2,19% опитаних диспансерних хворих відвідали дільничного лікаря більше двох разів з метою профілактики, 10±1,34% – 2 рази; 16±1,63% - один раз; 32±2,08% - жодного разу не звернулися до дільничного.
6	У 53±3,60% амбулаторних карт пацієнтів є дані про рівень холестерину; у 85±2,58% - інформація про загальний аналіз крові; у 79±2,93% – запис про загальний аналіз сечі; у 76±3,08% амбулаторних карт пацієнтів є дані про рівень глікемії; у 41±3,54% - про рівень креатиніну.	Контролювали рівень холестерину та загальний аналіз крові – 62±2,16% опитаних, загальний аналіз сечі – 54±2,22%, рівень глікемії – 46±2,22%, рівень креатиніну – 32±2,10%.
7	У 79±2,94% амбулаторних карт пацієнтів є дані про проведення електрокардіографія; у 45±3,58% амбулаторних карт пацієнтів є запис про результати ультразвукового обстеження серцево-судинної системи; у 73±3,20% амбулаторних карт є запис про проведення флюорографії.	Електрокардіографію було проведено у 88±1,44% диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією, флюорографію – у 75±1,92%, ультразвукове дослідження – у 67±2,10%.
8	У 68±3,36% пацієнтів основним фактором ризику є вік; тютюнопаління є фактором ризику у 4,96±1,56% пацієнтів; дисліпідемія – у 21,49±2,96%; глюкоза плазми крові натще 5,6-6,9 ммоль/л – у 19,01±2,82%; абдомінальне ожиріння – у 18±2,76% диспансерних хворих; ССЗ у родичів 1 ступеня спорідненості – у 1,65±0,92%.	Серед факторів ризику хворі називали: стреси – 51±2,23%, підвищену масу тіла та спадковість артеріальної гіпертензії у родичів 1-го ступеня спорідненості – 22±1,84%, підвищений рівень холестерину – 25±1,93%, недостатня фізична активність – 15±1,59%, тютюнопаління – 13±1,50%.

Аналізуючи показники табл. 2.13 бачимо, що такі показники як: призначення медикаментозного лікування, кількість гіпертонічних кризів, кількість викликів лікаря ЗПСМ та машини невідкладної МД, відсоток пацієнтів, які регулярно проходять диспансерні огляди, майже повністю співпадають. Дані щодо інструментальних обстежень в амбулаторних картках відрізняються від відповідей хворих. Зі слів хворих, вони частіше консультуються у «вузьких» фахівців та проходять ультразвукове обстеження серцево-судинної системи, електрокардіографію та флюорографію, ніж це відображено в амбулаторних картках. Тобто хворі за необхідності лікування не завжди звертаються до сімейного лікаря, що відображає недостатній рівень

доступності медичної допомоги або неналежний кваліфікаційний рівень медичних працівників. Також при розгляді факторів ризику хворі визначають основним фактором стрес, а в амбулаторних картках – це вік пацієнтів [35].

6 АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для оцінки ефективності проведення внутрішнього аудиту щодо покращення ЯМД диспансерним хворим АГ повторно в грудні 2013 року проведена експертиза амбулаторних карт хворих АГ.

Завдання дослідження:

- 1) аналіз виконання затверджених наказом МОЗ індикаторів ЛКПМД з АГ в амбулаторних картах хворих АГ;
- 2) аналіз ефективності впровадження пропозицій, щодо надання МД хворим АГ на первинному рівні (ведення первинної документації, наявність результатів лабораторних та інструментальних досліджень, записів про консультації фахівців тощо) після впровадження управління ЯМД на основі внутрішнього аудиту.

Для проведення повторного аудиту щодо покращення ЯМД хворим АГ нами в СМКЛ № 5 на десяти дільницях загальної практики – сімейної медицини методом випадкового відбору були відібрані та проаналізовані амбулаторні карти (ф.025/д.)

Таблиця 6.1 – Результати перевірки виконання індикаторів ЛПМД з АГ в амбулаторних картах

№ п/п	Індикатори ЛПМД з АГ	Дані амбулаторних карт пацієнтів (%)		Різниця, (%)
		2012 р.	2013 р.	
1	Відсоток пацієнтів, яким надані рекомендації щодо модифікації стилю життя та «Інформаційний лист пацієнта».	40,05±3,54	63,26±4,22	+23,21
2	Відсоток пацієнтів, які мають цільовий рівень артеріального тиску.	14,04±2,50	38,55±4,26	+24,51
3	Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного року.	85,95±2,50	96,47±1,62	+10,52

Порівнюючи отримані дані з показниками попереднього дослідження можемо зробити такі висновки.

На противагу першому дослідженню у 2012 р. – локальні протоколи були у наявності у 60,00±21,90% лікарів. За результатами повторної експертизи сто відсотків лікарів ЗПСМ мають локальні клінічні протоколи ведення хворих АГ.

Пацієнт, яким за даними повторної перевірки амбулаторних карт, надані рекомендації щодо модифікації стилю життя та „Інформаційний лист пацієнта” склали 63,26±4,22%, що на 23,21% більше у порівнянні з показником дослідження 2012 р. Різниця достовірна ($t_{\phi}(4,21) > t_{0,01}$).

Відсоток пацієнтів, які мають цільовий тиск, збільшився на 24,51% і склав 38,55±4,26%. Різниця достовірна ($t_{\phi}(4,96) > t_{0,01}$). Інформація про медичний стан пацієнтів присутня у 96,47±1,62% амбулаторних картах (дослідження 2012 р. – 85,95±2,50 %). Різниця достовірна ($t_{\phi}(3,53) > t_{0,01}$). Додатково для оцінки заходів щодо профілактики, обстеження та лікування хворих АГ були проаналізовані показники, що представлені у табл. 6.2.

Таблиця 6.2 – Результати перевірки виконання показників ЯМД в амбулаторних картах хворих АГ, затверджених мультидисциплінарною командою

№ п/п	Додаткові індикатори якості медичної допомоги	Дані амбулаторних карт пацієнтів, (%)		Різниця, (%)	Достовірність різниці, t
		2012 р.	2013 р.		
1	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є запис про фактори ризику.	82,06±2,76	94,34±2,02	+12,28	3,59
2	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є дані про ураження органів-мішеней.	53,97±3,60	69,32±4,04	+15,35	2,84
3	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є інформація про стратифікацію ризику.	52,02±3,60	72,31±3,97	+20,29	3,78
4	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є дані про вимірювання артеріального тиску під час кожного відвідування поліклініки.	71,01±3,28	98,36±1,13	+27,35	7,88

Продовження таблиці 6.2

5	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є запис про мінімум два диспансерних огляди протягом звітного року.	40,96±3,54	84,12±3,21	+43,16	9,03
6	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких є дані про призначення медикаментозного лікування.	95,97±1,01	100±0,00	+4,03	3,99

При повторній перевірці якості ведення первинної медичної документації диспансерних хворих АГ виявлено, що майже за усіма індикаторами, що перевірялися, спостерігається покращення їх виконання [39].

Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картах яких наявна інформація: про стратифікацію ризику збільшився на 20,29 %; про вимірювання артеріального тиску під час кожного відвідування поліклініки – на 27,35 %. Інформація про дворазові диспансерні огляди за рік наявна у 84,12± 3,21% амбулаторних карт проти 40,96± 3,54 % (2012 р.).

Результати перевірки виконання показників інструментальних та лабораторних обстежень в амбулаторних картах хворих АГ представлені у табл. 6.3

Таблиця 6.3 – Результати перевірки виконання показників інструментальних та лабораторних обстежень в амбулаторних картах хворих АГ

№ п/п	Додаткові індикатори якості медичної допомоги	Дані амбулаторних карт пацієнтів, (%)		Різниця, (%)	Достовірність різниці, t
		2012 р.	2013 р.		
1	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є запис про:				
	- рівень холестерину	52,92±3,60	67,12±4,12	+14,20	2,61
	- загальний аналіз крові	85,04±2,58	91,06±2,51	+6,02	1,67
	- загальний аналіз сечі	78,54±2,96	83,42±2,66	+4,88	1,23
	- рівень глікемії	75,94±3,08	87,21±2,93	+11,27	2,65
	- рівень креатиніну.	40,83±2,06	61,73±4,26	+20,90	4,42
2	Відсоток пацієнтів, в амбулаторних картках яких є запис про:				
	- електрокардіографію	78,93±2,94	89,33±2,71	+10,40	2,60
	- флюорографію	73,08±3,20	74,03±3,84	+0,95	0,19
	-ультразвукове дослідження ССС.	45,00±3,60	67,98±4,11	+22,98	4,21

Показники лабораторних та інструментальних остережень зросли за різними видами у середньому на 11,15 %.

Другим етапом перевірки ефективності впровадження медико-соціальної моделі управління ЯМД на основі внутрішнього аудиту хворим АГ було проведення повторної експертизи дотримання диспансерними хворими АГ рекомендацій лікаря ЗПСМ. У дослідженні прийняло участь 503 хворих АГ. З них: чоловіків – 177 (28,89 \pm 2,02 %), жінок – 326 (71,11 \pm 2,02 %).

Завданнями дослідження були:

- визначення ступеня виконання рекомендацій лікаря ЗПСМ;
- виявлення характерних причин невиконання диспансерними хворими АГ заходів з профілактики та лікування;
- перевірка стану здоров'я хворих АГ;
- встановлення відношення хворих до впроваджень, які були реалізовані за рекомендаціями мультидисциплінарної команди;
- порівняння показників здоров'я хворих до і після проведення аудиту і впровадження пропозицій з покращення ЯМД хворим АГ на первинному рівні.

Обробка анкет хворих з АГ велася за допомогою програми ОСА. Опитування стосувалося виявлення рівня поінформованості диспансерних хворих щодо перебігу їх захворювання, проходження діагностичних та лікувальних заходів за 2013 р.

Дані опитування пацієнтів і дослідження стану їх здоров'я показані в табл. 6.4. Аналіз результатів повторного моніторингу показав, що впродовж періоду експерименту, завдяки впровадженню управління ЯМД на основі внутрішнього аудиту хворим АГ на первинному рівні, у результаті чого були розроблені і прийняті організаційні та управлінські рішення, якість медичного обслуговування цієї групи хворих і стану їх здоров'я покращилися.

Таблиця 6.4 – Дані опитування диспансерних хворих АГ і дослідження стану їх здоров'я

№ п/п	Показники	Дані пацієнтів і дослідження стану їх здоров'я, (%)		Різниця (%)	Достовірність різниці, t
		Січень, 2013 р.	Грудень, 2013 р.		
1	Мають тонометри	87,96±1,44	91,35± 1,26	+ 3,39	1,77
2	Регулярно вимірюють тиск	63±2,14	94±1,07	+31	12,97
3	Не вимірюють тиск	8,03±1,20	10,3±1,36	-2	1,10
4	Вимірюють не регулярно	28,97±2,02	5,7±1,05	-23,27	10,21
5	Мали гіпертонічні кризи (впродовж року)	28,97±2,02	11,15±1,40	-17,82	7,24
6	Викликали лікаря ЗПСМ (впродовж року)	12,03±1,44	3,8±0,86	-9,23	5,49
7	Викликали машину невідкладної МД (впродовж року)	5,00±0,98	2,04±0,65	-2,96	2,51
8	Проходили стаціонарне лікування (впродовж року)	10,99±1,40	14,15±1,57	+3,16	1,50
9	Відвідали лікаря ЗПСМ впродовж року 2 рази і більше (з профілактичною метою)	52,03±2,22	70,30±2,04	+18,24	6,04
10	Відвідали лікаря ЗПСМ впродовж року 1 раз (з профілактичною метою)	16,09±1,64	31,60±2,09	+15,51	5,83
11	Не відвідали лікаря з профілактичною метою за рік	31,94±2,08	28,1±2,00	-23,84	8,28
12	Відсоток пацієнтів, що визначили впродовж року: - рівень холестерину - рівень глікемії - рівень креатиніну.	61,86±2,16 45,96±2,22 32,98±2,10	74,82±1,94 78,40±1,84 41,56±2,11	+12,96 +24,42 +8,58	4,47 8,48 2,92
13	Відсоток пацієнтів, що проводили у звітному періоді: - електрокардіографію - флюорографію - ультразвукове дослідження ССС.	87,96±1,44 74,98±1,92 66,96±2,10	94,62±1,01 70,34±2,04 43,17±2,21	+6,66 -4,64 -23,79	3,78 1,66 7,8
14	Підвищений артеріальний тиск під час дослідження мали	65,13±2,12	43,97±2,22	-21,16	6,92
15	Використовували рецепти на ліки (з частковим відшкодуванням коштів)	62,76±2,15	92,35±1,18	+29,59	12,08
16	Регулярно приймають ліки	47,65±2,22	65,35±2,12	+17,7	5,76
17	Не регулярно приймають ліки	33,38±2,10	23,28±1,88	-10,1	3,58
18	Не приймають	19,02±1,74	11,37±1,42	-7,62	3,39

Аналіз результатів повторного аудиту свідчить, що відсоток пацієнтів, які регулярно вимірюють артеріальний тиск збільшився на 31, 00%, кількість

гіпертонічних кризів зменшилася на 7,82%, зменшилася кількість викликів лікаря ЗПСМ (на 1,23%) та викликів машини невідкладної МД (на 2,96 %). Диспансерні хворі АГ у 2013 р. стали активніше відвідувати лікаря ЗПСМ з профілактичною метою. Так, кількість хворих, які відвідували свого лікаря 2 рази і більше впродовж періоду, що аналізувався, збільшилася на 18,24%, один раз на рік – на 15,51 %, а кількість хворих, які жодного разу не відвідали поліклініку з профілактичною метою зменшилася на 23,84%.

Аналізуючи відповіді хворих бачимо, що значно підвищилося охоплення хворих лабораторними обстеженнями та зросла. Кількість хворих з підвищеним артеріальним тиском зменшилася на 21,16%. Використання рецептів на ліки з частковим відшкодуванням коштів збільшилося на 29,59 % (з $67,76 \pm 2,15$ % до $92,35 \pm 1,18$ %).

ВИСНОВКИ

1. Комплексним медико-соціологічним дослідженням встановлено, що з 2010 по 2012 рр. захворюваність на артеріальну гіпертензію збільшилась на 17,10%, серед працездатного населення на 15,7%, поширеність гіпертонічної хвороби зросла на 4,50 %, показник первинного виходу на інвалідність від гіпертонічної хвороби зріс на 19,50% .

2. Доведено, що при вирішенні проблеми покращення ЯМД хворим АГ на первинному рівні надання медичної допомоги ефективним є застосування механізму внутрішнього аудиту.

3. За результатами внутрішнього аудиту були розроблені і впроваджені наступні пропозиції :

- завідуючим відділеннями ЗПСМ забезпечити усіх лікарів локальними протоколами надання МД хворим АГ;

- розробити і забезпечити диспансерних хворих артеріальною гіпертензією «Журналом спостережень»

- розробити та впровадити в амбулаторні картки хворих АГ «листа-вкладки» для фіксації: діагнозу, факторів ризику, дати диспансерного огляду, показника «дата/тиск», проведення профілактичної бесіди, стратифікації ризику, відмітки про отримання «Журналу спостережень»;

- для покращення доступності та якості медичної допомоги організувати кабінет для вимірювання артеріального тиску в поліклініці;

- опрацювати механізми мотивації для лікарів загальної практики-сімейної медицини та медичних сестер для повного виконання вимог локальних протоколів щодо профілактики, обстеження, лікування хворих артеріальною гіпертонією;

- розробити та впровадити технології нагадування диспансерним хворим один раз на тиждень у телефонному режимі середнім медичним персоналом або студентами Медичного інституту про: а) час

профілактичного візиту в поліклініку; б) необхідність регулярного прийому ліків; в) необхідність контролю артеріального тиску; г) необхідність обстеження і отримання консультацій;

- посилити інформаційно-роз'яснювальної діяльності щодо Постанови КМУ «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» (серед широких верств населення з залученням ЗМІ, проведення круглих столів та ін.);

- у проведенні постійної роз'яснювальної роботи зробити акцент на роботі з членами сім'ї хворих АГ щодо факторів ризику, особливо звертати увагу на взаємовідносини у сім'ї, небезпеку стресів, необхідність модифікації способу життя.

4. Аналіз ефективності внутрішнього аудиту через 9 місяців виявив:

1) 100% лікарів ЗПСМ мають локальні клінічні протоколи ведення хворих АГ. При дослідження у 2012 р. локальні клінічні протоколи були розроблені лише у 60% лікарів;

2) Відсоток пацієнтів, які мають цільовий тиск, збільшився на 24,51 % і склав $38,55 \pm 4,26\%$.

3) Відсоток пацієнтів, які регулярно вимірюють артеріальний тиск збільшився на 31,00%.

4) Кількість гіпертонічних кризів зменшилася з $28,97 \pm 2,02\%$ до $11,15 \pm 1,40\%$ (на 17,82%); зменшилася кількість викликів машини невідкладної МД з $5,00 \pm 0,98\%$ до $2,04 \pm 0,65\%$ (на 2,96 %).

5) Кількість хворих з підвищеним артеріальним тиском при повторному обстеженні зменшилася на 21,16%.

5. Обґрунтовано, що впровадження моделі управління ЯМД на основі внутрішнього аудиту, має здійснюватися за такою етапністю: 1) планування внутрішнього аудиту: а) створення нормативно-методологічної складової; б) створення сприятливого середовища в колективі та розроблення мотиваційної складової; 2) підготовчий етап проведення внутрішнього

аудиту; 3) процес проведення внутрішнього аудиту і аналіз його результатів; 4) впровадження пропозицій і організаційних заходів щодо покращення ЯМД за результатами внутрішнього аудиту; 5) аналіз ефективності впровадження пропозицій щодо покращення ЯМД (повторний аудит).

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Вирішення ключових завдань охорони громадського здоров'я і політики охорони здоров'я у Європі: шлях уперед до мети покращення здоров'я жителів Європейського регіону ВООЗ / Резолюція 60-ої сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ, 13-16 вересня 2010 р.
2. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. – Мальта: ВОЗ, Европейское региональное бюро. – 2012. – 52 с.
3. Здоровье-2020. Основы политики и стратегия / Шестидесят вторая сессия, Европейский региональный комитет EUR/RC62/8, Мальта, 10-13 сентября. Док. EUR/RC62/Conf.Doc./8. – ЕРК ВОЗ, 2012. – 192 с.
4. Міжнародні стандарти контролю якості, аудиту, огляду, іншого надання впевненості та супутніх послуг: видання 2010 р., частина 1 / Пер. з англ. О.Л. Ольховікова та ін. – К.: «Вид-во «Фенікс», 2010. – 409 с.
5. Структуры устойчивого финансирования здравоохранения и всеобщий охват / Резолюция 64-ой сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения, 24 мая 2011 г.
6. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния / Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: «Системы здравоохранения-Здоровье-Благосостояние». – Таллинн, Эстония, 25-27 июня 2008 г.
7. Загальнодержавна програма «Здоров'я 2020: український вимір» [Електронний ресурс]. —Режим доступу : <http://>
8. Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги".

9. Наказ МОЗ України № 189 від 26.03.2009 «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» [Електронний ресурс]. —Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/docs>.
10. Наказ МОЗ України від 20.07.2011 № 427 «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги» [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110720_427.html
11. Арустамян Г. Н. Клинико-экономический анализ и его роль в управлении качеством медицинской помощи / Г. Н. Арустамян // Главный врач. - 2013. - № 6. - С. 42-49.
12. Бедорева И.Ю. Внутренний аудит – инструмент управления процессом оказания специализированной медицинской помощи / И.Ю. Бедорева // Хирургия позвоночника. – 2008. – № 2. – С. 80 – 87. Бедорева, Ю.И. Роль принципов всеобщего менеджмента качества в управлении федеральным учреждением здра-воохранения / Ю.И. Бедорева, Н.Г. Фомичев, М.А. Садовой, В.Ю. Самарина // Хирургия позвоночника. – 2006. –№ 4. – С. 75–83.
13. Блащук Т. Роль стандартів у визначенні якості медичної допомоги / Т. Блащук, І. Пецко // Підприємництво, господарство і право. – 2011. – № 5. – С. 44–47.
14. Блащук Т. В. Якість медичної допомоги (послуги) та право на якість медичної допомоги (послуги): співвідношення понять / Т. В. Блащук, І. Пецко // Підприємництво, господарство і право. – 2011. – № 4 (184). – С. 33–36.
15. Брескина Т.Н. Современные подходы к организации экспертизы качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре / Т. Н. Брескина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 5. – С.32–36.
16. Бульхина Г. Р.Социологический опрос в организации оценки качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования

- / Г. Р. Бульхина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 3. – С. 38–41.
17. Варсонидзе С. Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса с использованием медицинских стандартов (протоколов) / С.Л. Варсонидзе, А.И. Лихота // Главный врач. – 2006. – №10. – С. 81–83.
18. Василюшин Р. Й. Принципи формування вихідних статистичних форм та їх аналіз в умовах управління якістю надання медичної допомоги / Р. Й. Василюшин // Ліки України. – 2008. – № 5 (121). – С. 56–59.
19. Внедрение индустриальных методов управления качеством медицинской помощи в практику работы многопрофильной клиники / О. Черникова, Г. Сидорова, П. Дудин и др. // Главный врач. – 2013. – №8. – С. 63–68.
20. Вебер М. Избранные произведения: Пер. с нем. / М. Вебер / Сост., общ. ред. и послесл. Ю. Н. Давыдова; Предисл П. П. Гайденко.—М.: Прогресс, 1990.— 808 с.
21. Веренцов М. М. Анализ качества и эффективности здравоохранения: Обзор инфор. ВНИИМИ. / М. М. Веренцов, Н. В. Чепурненко – М., 1986. – 77 с.
22. Вуори Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология / Х. В. Вуори – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.
23. Гаджиев Р. С. Качество медицинской помощи городскому населению / Р. С. Гаджиев, З. К. Назаралиева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 4. – С. 32–35
24. Гнатієнко Г.М. Експертні технології прийняття рішень / Г.М. Гнатієнко, В.Є. Ситнюк. – К.: Маклаут, 2008. – 444 с.
25. Гойда Н. Г. Експертне оцінювання протоколів надання медичної допомоги — шлях до якості / Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, О. Є. Коваленко [та ін.] // Сімейна медицина. - 2013. - № 4. - С. 91-95.

26. Голик Л. Управління якістю медичної допомоги – складова державного управління охороною здоров'я / Л.Голик, Я.Радиш, Д.Гак // Вісник УАДУ. – 2002. – № 1. – С.152-160.
27. Гриднев В.И. Клиническая эффективность технологии динамического амбулаторного наблюдения за больными артериальной гипертензией с использованием компьютерной системы мобильной телефонной связи / В.И. Гриднев, А.Р. Кисилев, О.М. Посненкова, В.А. Шварц // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009, Т.5. – №3. – С. 358-362.
28. Гук А.П. Методологічні підходи до розробки індикаторів якості в системі моніторингу результативності послуг охорони здоров'я / П.П. Гук, В.Г. Майданник, М.М. Острроверхова // Главный врач. – 2010. – №6. – С. 67-71.
29. Духанина И. В. Проблемы оценки результативности медицинской помощи /И. В. Духанина, М. В. Духанина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 3. – С. 36–40.
30. Зими́на Э. В. Системность подготовки управленческих кадров здравоохранения как фактор обеспечения качества медицинской помощи / Э. В. Зими́на // Вестник Росздравнадзора.–2010. – №1.– С.52–57.
31. Зюков О. Л. Аналіз факторів, що впливають на різні характеристики якості медичної допомоги / О. Л. Зюков // Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. – 2008. – № 1. – С. 91–95.
32. Лисак В. П., Пархоменко Г. Я. Питання якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги / В. П. Лисак, Г. Я Пархоменко // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції.– 2010. – С. 95–96.
- Лихтарович Е.Е. Процессный подход в управлении качеством медицинских услуг / Е.Е. Лихтарович // Экономика и управление. – 2011. – № 4. – С. 54-58.
33. Масуд Р. Современная парадигма улучшения качества в здравоохранении / [Р. Масуд та ін.]. – USAID.–2003. – 110 с.
34. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ / В.А. Медик, А.М. Осипов. – М.: РИОР; ИНФРА-М, 2012. – 358 с.

35. Сміянов В. А. Аналіз мотиваційних детермінант лікарів закладів охорони здоров'я м. Суми щодо підвищення якості медичної допомоги / В. А. Сміянов, А.В. Степаненко, Ю.Б. Яценко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4. – С. 95-99.
36. Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В.А. Сміянов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – №1. – С. 86-95.
37. Сміянов В.А. Впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я / В.А. Сміянов, В.Ю. Петренко, С.В. Тарасенко // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2013, №2. – С. 201-208.
38. Сміянов В.А. Медико-соціальне дослідження рівня поінформованості хворих артеріальною гіпертензією в м. Суми / В.А. Сміянов, О. І. Сміянова, С.В.Тарасенко, А.В. Бокатов // Медицина сьогодні і завтра. - 2013. - № 4. – С.
39. Сміянов В.А. Сучасна концепція якості медичної допомоги / В.А. Сміянов, П.О. Павлюк // Вісник СумДУ, Серія Медицина. – 2011. – № 1. – С. 5-12.
40. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1. The definition of quality and approaches to its assessment. / A. Donabedian – Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, 1980. Donabedian, A. 4. Models of quality assurance / A. Donabedian, S. Leonard, W. Osenfe // Memorial Lecture, School of Public Health University of North Carolina in Chapel HiB. –1993. – Febr. 26.
41. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol.260. – P. 1743-1748.
42. Gzirishvili D. Determinants of Health Worker Motivation in Tblisi, Georgia: A 360 Degree Assessment in Two Hospitals / David Gzirishvili, Ruth Kanfer, Sara Bennett. – Major Applied Research 5 Working Paper 6. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc. 2000.

43. Elliott W.J. The economic impact of hypertension // *J Clin Hypertens.* – 2003. – V. 5. – P. 3–13. Howley P. Systems theory and improving healthcare / P.Howley, S. Chuang / *Proceedings of the Fourth Annual ASEARC Conference, 17-18 February, 2011, University of Western Sydney, Paramatta, Australia.*
44. Guidelines for the management of arterial hypertension // *European Heart Journal.* - 2007. - Vol. 28. - P. 1462-1536.
45. Jessee WE, Schranz CM. Medicare mortality rates and hospital quality: are they related? / WE Jessee, CM Schranz // *Quality Assurance in Health Care.* – 1990. –Vol.2. – P.137-144.
46. Kazandjian V.A. Are performance measures generic? / V.A. Kazandjian, N Matthes, K.G. Wicker // *The international experience of the Quality Indicator Project. J Eval Clin Pract* 2003;9:265.76.
46. Lip Ping Low (Сингапур). Комментарий к статье “Недостаточный контроль артериального давления у больных пожилого возраста” // *Международные направления в исследовании артериальной гипертензии.* – 2000. – №10. – С. 13–14.
47. Lievens T. Понимание проблем трудовых ресурсов здравоохранения: пособие по некоторым вопросам использования качественных методов / Т. Lievens, M. Lindelow, P. Serneels / *Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения, адаптированное для применения в странах с низким и средним уровнем доходов / Под ред. Mario R. Dal. Poz, Neeru Gupta, Estelle Quain, Agnes L.B. Soucat.* –ВОЗ, 2012. – С. 139-156.
48. Loeb J. M. The current state of performance measurement in health care / J. M. Loeb // *International Journal for Quality in Health Care* 2004;16(Supplement 1):i5.i9.
49. McGlynn E.A. Quality Assessment of Reproductive Health Services / McGlynn E.A. // *The Western Journal of Medicine.* – 1995. – Vol. 163, No. 3. – P. 19-27.
50. Nair Mc. Benchmarking. A tool for continuous improvement / Mc. Nair, C.J. Reibfried, R.H.J. — Essex Junetion, VT: OMNFO, 1992. Palmer, R.H 6. .

Confronting Special Implementation Issue: The Epidemiology of Quality Problem in Medicare: New Directions in Quality Assurance / R.H. Palmer; eds. M.S. Donalson, S. Harris-Welling, K.N. Johr. – Washington, OC: National Academy Press, 1991. –P. 96–104.

51. Parasuraman A. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research / A. Parasuraman, Valarie A. Zeithaml, Leonard L. Berry // Journal of Marketing. – 1985. – Vol. 49 (4). – P. 41–50

Peterson, M.C 7. . A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists / M.C. Peterson // Mayo Clin. Proc. – 2009. –Vol. 84, № 3. – P. 248–254.

52. Practical guidance for scaling up health service innovations. - World Health Organization 2009. – 64 p. - Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf16.