

В. А. СМІЯНОВ (Суми)

## ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА КОНЦЕПЦІЇ ЇЇ РОЗВИТКУ

Сумський державний університет

Проведено аналіз підходів до визначення якості медичної допомоги у світовій науковій літературі, міжнародних та вітчизняних нормативних документах. Наголошується на пріоритетності проблеми підвищення якості медичної допомоги на сучасному етапі розвитку української держави.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** **якість медичної допомоги, управління якістю, стандартизація медичної допомоги.**

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 в сучасний період. При взаємодії лікаря і пацієнта, за рекомендаціями ВООЗ, потрібно врахувати 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта наданою допомогою.

На сьогодні відсутнє єдине загальноприйняте визначення якості охорони здоров'я, адже проблема має безліч аспектів і кілька концепцій, що з часом змінюються і удосконалюються.

Також існує безліч визначень якості медичної допомоги (ЯМД) [1;5;9;13;18;19]. Так, Rasoveanu N. T., Jonhansen K. S. (1995) вважають, що якісна медична допомога – 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 [26]. За визначенням ВООЗ (1998), "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" [3;7]. У міжнародних стандартах серії ISO 9000, що використовуються для розробки та сертифікації систем якості, це поняття визначається як сукупність характеристик об'єкту, що стосується його здатності задовольняти встановлені потреби [8]. Успенська І. В. і Пономарьова Г. А. розуміють якість через сукупність властивостей і характеристик медичних послуг, які

визначаються їх спроможністю задовольняти потреби людини і суспільства у зміцненні здоров'я. А одна з головних вимог до якості медичної допомоги – це задоволеність пацієнта (населення) наданими йому медичними послугами [16].

Під якістю слід розуміти оцінку медичного обслуговування та її ефективність стосовно певного випадку захворювання з урахуванням заповігання ризику його подальшого розвитку; професійні знання і наукові досягнення медицини забезпечують оптимальні клінічні, функціональні і психологічні результати, тобто під якістю в широкому понятті розуміють її оцінку і забезпечення (М. М. Веренцов, Н. В. Чепурненко, 1986) [2].

За визначенням В. Ф. Чавпецова (2000), якість медичної допомоги як об'єкт дослідження і управління являє собою властивість процесу взаємодії лікаря і пацієнта, обумовлену кваліфікацією професіонала, тобто спроможністю виконувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою [13].

Існують ще декілька підходів до визначення ЯМД:

- якість медичної допомоги 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 (А. Донабедян, 1988) [24];

- якість медичної допомоги – це належне проведення (згідно зі стандартами) всіх заходів, що є безпечними і прийнятними, використовуються в даному суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність (М. Ремер і С. Монтойя Агиляр, ВООЗ, 1988) [18];

- якість – це виконання вимог або інструкцій (Філ Кросбі, 1979) [19];

- якість – це дотримання стандартів (Проект забезпечення якості, 1997) [10];

- якість медичної допомоги – сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології (Ю. М. Комаров, А. В. Коротков, Г. І. Галанова, 1997);

- під якістю медичної допомоги розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, заснований 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 медичною допомогою (В. В. Гришин, 1997) [4].

Об'єднана Комісія по акредитації США визначає якість як оцінку результату лікування. Через результат профілактики, діагностики і лікування розглядають ЯМД і Г. А. Сафонов, Е. А. Логінова (1989) [16]. Інститут охорони здоров'я США також вважає, що якість – це досягнення очікуваного результату (“бажані результати здоров'я”) медичної допомоги. Для пацієнта, безумовно, головним є кінцевий результат лікування (тобто досягнення позитивних результатів лікування), але при цьому суттєву роль відіграє наявність умов, в яких надається медична допомога, і характер взаємовідносин з медичними працівниками тощо [13;19].

Отже, ЯМД в сучасній науковій літературі визначається як надання службами охорони здоров'я окремим особам і населенню в цілому медичних послуг на рівні сучасної професійної підготовки, новітніх досягнень медичної науки з метою отримання очікуваних результатів.

Як бачимо, у більшості визначень якості медичної допомоги наголошується на оптимальному використанні ресурсів, але в деяких – на максимальному рівні надання медичної допомоги. У зв'язку з цим, J. Ettinger. J. Sitting (1965), H. Vuori (1980, 1985) була започаткована концепція оптимальної якості.

В статуті ВООЗ закладений принцип, відповідно до якого кожен має право на найвищий рівень досягнення здоров'я. Виходячи з цього можна припустити, що кожен має право і на найвищий рівень ЯМД. Однак таке твердження, на думку Х. Вуорі, нелогічне, оскільки ігнорується той факт, що якість – це безперервний параметр [3]. В практичному плані неспроможність таких тверджень полягає в тому, що існує економічна межа підвищення якості. Так, внаслідок швидкого розвитку досліджень з питання забезпечення ЯМД, в США в 70-і роки з'явилися публікації із застереженнями щодо наслідків застосування “високоякісної медицини”. В роботі

Brook et al. (1976) для прикладу припускається, що внаслідок застосування дуже суворих критеріїв якості витрати на медичну допомогу можуть скласти 50 % валового національного продукту, що призведе до погіршення здоров'я населення через розповсюдження ятрогенних захворювань і скорочення у населення коштів для витрат на придбання продуктів харчування [13].

Саме тому в сфері виробництва товарів та послуг, як зазначає Х. Вуорі, однією із найскладніших проблем є вибір оптимального рівня якості продукції. В теперішній час повинно бути очевидним, що при виробництві медичних послуг проблема вибору найбільш прийнятної рівня якості зводиться не до максимізації, а до оптимізації якості, а факторами, що визначають оптимальний рівень якості, є співвідношення вартості виробництва послуг та користь від них.

В розвиток концепції оптимальної якості А. Donabedian (1966) вперше запропонував концепцію логічної якості. Сутність її полягає у визначенні релевантності інформації та її використанні, оскільки при її отриманні саме потрібна інформація може залишатися непоміченою або ж для прийняття рішень її кількість надмірна, що і призводить до низької логічної якості медичної допомоги. Наприклад, підвищення великої кількості уточнюючих діагностичних процедур для визначення діагнозу з 95 % до 97 % може і не призвести до зміни лікувальної тактики. В цьому випадку низька логічна якість призведе до підвищення вартості медичного обслуговування, оскільки збір інформації є одним з найдорожчих компонентів медичної допомоги. Непотрібна інформація може бути навіть шкідливою, бо вона створює перешкоди для правильного використання та інтерпретації необхідної інформації і може викликати появу випадкових помилок в системі прийняття рішень (С. Дж. Мс. Donald, 1976; H. Vuori, 1977) [3;23;24].

Низька логічна якість є однією з причин, що пояснюють, чому рівень якості медичного обслуговування не завжди буває оптимальним. У сфері охорони здоров'я спостерігається цілком зрозуміла тенденція до зниження логічної якості, тобто до надлишку інформації.

Таким чином, дати визначення поняттю “якість медичної допомоги” досить складно. У літературі є декілька десятків визначення ЯМД, що відрізняються не тільки в деталях, але й нерідко суперечать одне одному, що підтверджує відсутність єдиної точки зору з даного питання серед медичних працівників, у тому числі організаторів охорони здоров'я [20].

Різноманітні визначення поняття ЯМД відображають, насамперед, розходження у розумінні окремими дослідниками суті даної категорії й

галузі її застосування, що, у свою чергу, обумовлено двома чинниками.

По-перше, це пов'язано з винятковою складністю і багатоплановістю понять "медична допомога" і "якість медичної допомоги". Так, ЯМД, що надається окремому хворому, несе одне змістовне навантаження, а ЯМД, що надається в лікувально-профілактичному закладі (ЛПЗ) або в цілому по країні, – інше. Відповідно до цього цілі побудови цих "якостей" і методи їхнього виміру можуть не збігатися. Лікарі оцінюють якість своєї роботи і діяльність своїх колег з одних позицій, хворі – з інших, органи охорони здоров'я – ще з інших і т.д. [13;17;19].

По-друге, змінюються вимоги до рівня медичної допомоги, з'являються нові можливості і нові галузі застосування цього показника з розвитком суспільства, що спонукає дослідників постійно звертатися до цього питання, але на новій основі. В цілому ж варто говорити не про одне загальне для всіх поняття "якість медичної допомоги" і шукати для нього найбільш чітке визначення, а використовувати систему понять, кожне з яких розкривало б той чи інший бік загального поняття "медична допомога" відповідно до конкретних умов функціонування системи охорони здоров'я, а усі разом ці поняття створювали б досить чітку картину стану ЯМД на будь-якому рівні.

Медична допомога, під якою розуміють комплекс лікувально-діагностичних і профілактичних заходів, проведених за визначеними технологіями з метою досягнення позитивного кінцевого результату, є основною категорією, що визначає обсяг і вміст поняття "якість медичної допомоги" [13].

Зазначений підхід до розуміння якості як категорії в медичній практиці та галузі її застосування поділяють і Н. Б. Найговзіна, А. В. Астовецький (1998), які також розрізняють окремі категорії поняття якості в медицині: це ЯМД населенню, ЯМД певного медичного закладу, ЯМД, яку отримує окремий пацієнт, якість надання конкретної медичної послуги. У зв'язку з цим принципи, механізми аналізу, критерії оцінки та кінцевих результатів стосовно якості надання медичної допомоги теж відрізняються в залежності від досліджуваного об'єкту [14].

Так, ЯМД населенню має свої специфічні критерії визначення та оцінку, пацієнту – зовсім інші, а ЯМД, що надається в ЛПЗ або в цілому в системі охорони здоров'я, визначається за окремою оціночною шкалою. Складність розуміння категорії якості, особливо в медичній практиці, зумовлена тим, що при оцінці якості об'єкту вона розглядається як сукупність її властивостей [19].

Якість медичної допомоги слід оцінювати за допомогою багатьох показників (підготовка

спеціаліста, його здібності та професійний досвід, технічна забезпеченість лікувального закладу, технології діагностики та лікування, що застосовуються тощо), тобто з використанням показників, які мають змінні значення.

По-друге, ЯМД як кінцевий результат складається з етапних результатів (якість рівня дослідження, якість діагностики, якість лікування, якість уточнення діагнозу в процесі лікування тощо).

По-третє, ЯМД є результативним показником, який стосується об'єкта "медична допомога". Ця категорія достатньо складна і не завжди здатна відповідати встановленим або припустимим вимогам.

По-четверте, якість є похідною категорією багатьох поєднаних факторів діяльності медичних та інших спеціалістів і результатів їх взаємодії з пацієнтом.

І, нарешті, по-п'яте, категорія якості повинна одержати показову оцінку в медичній практиці [13].

Розглянемо розвиток поняття ЯМД в історичному аспекті за документами Європейського регіонального ВООЗ (1983). При визначенні поняття якості основна увага приділялась якості виконання медичних технологій (технологічна якість); якості використання наявних ресурсів та контролю ступеня ризику небезпечності травми або іншого захворювання внаслідок медичного втручання та задоволеності пацієнта медичним обслуговуванням. Забезпечення якості повинне бути спрямовано на оптимальні результати при мінімальних витратах і мінімальному ризику подальших травм або непрацездатності пацієнта.

В цій же площині Г. Бекер (1994) розглядає якість медичного обслуговування як:

- технічну якість (ефективність та адекватність діагностичного і лікувального процесу);
- якість виконання, яка характеризується задоволеністю споживача отриманою медичною допомогою та тим, в яких умовах, яким чином і в яких стосунках між лікарем і хворим відбувається медичне обслуговування.

Також виділяється ще оцінка обслуговування населення в цілому, як стан охорони здоров'я [1].

Розвиваючи цей напрямок, В. Т. Дьяченко пропонує наблизитись до розуміння ЯМД як загальноприйнятої категорії взаємовідносин пацієнта (покупця медичних послуг) та лікаря (виробника медичних послуг). На думку автора, слід відмовитись від медичної допомоги як такої та розглянути якість медичної послуги в загальному плані. При оцінці якості товарів та послуг запропоновано дві характеристики якості:

1. Якість виконання.
2. Якість відповідності.

Перша – це характеристика, що відображає ступінь задоволеності потреб пацієнта. Друга – це характеристика, що відображає ступінь відповідності прийнятим стандартам, внутрішнім специфікаціям тощо [5].

Як бачимо, цей підхід по своїй суті дуже схожий на характеристику якості, представлену Г. Бекером (1994) та запропоновану ВООЗ в 1983 р.

У 1996 р. на симпозиумі Європейського Регіонального Бюро ВООЗ у Копенгагені, що був присвячений ефективності медичної допомоги, російський вчений Г.А. Попов відзначив, що пи-

тання медичної допомоги слід одночасно розглядати в 4-х взаємопов'язаних і взаємообумовлених аспектах: якості, адекватності, продуктивності, ефективності. Якість медичної допомоги – це медична допомога, що надана в сукупності результатів – профілактики, діагностики і лікування захворювань, визначених встановленими вимогами на основі досягнень медичної науки і практики [6;7].

Близько 40 років тому А. Донабедианом були визначені класичні підходи до складових ЯМД, що повинно розглядатися з позицій “структури, процесу та результату” (рис.1) [22].

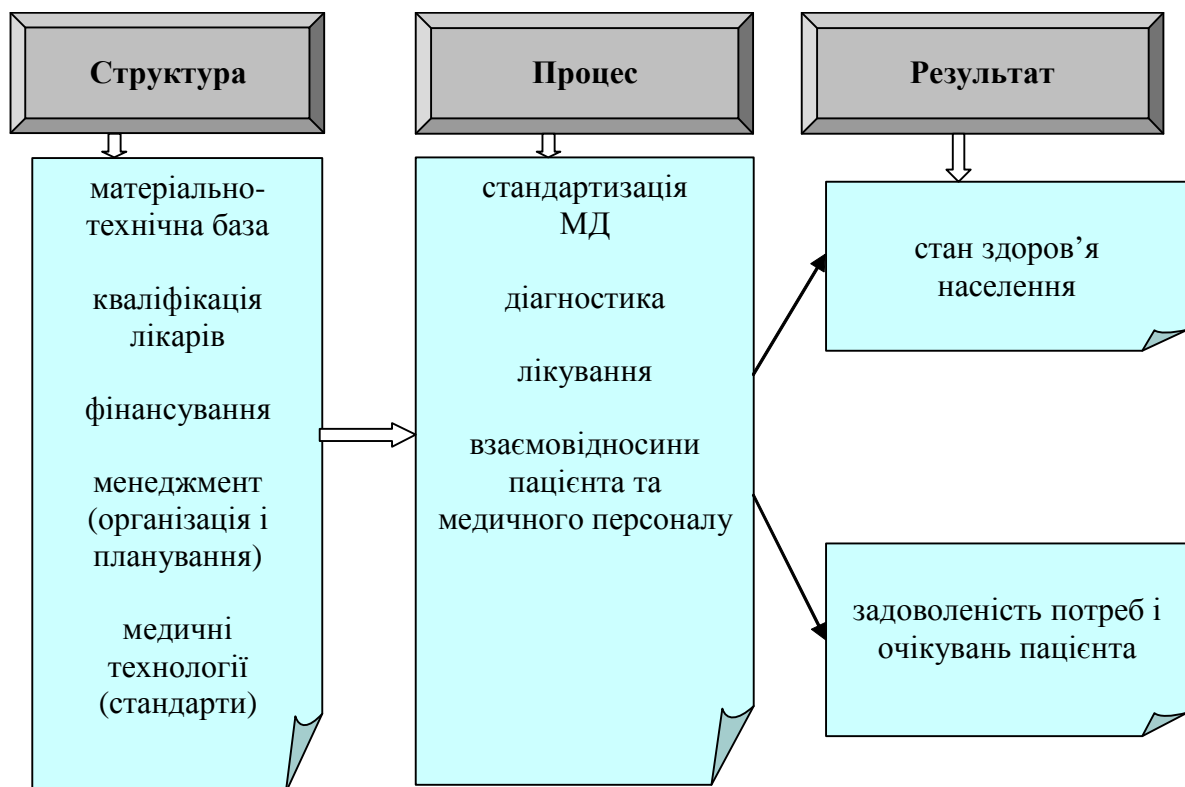


Рис. 1. Система якості медичної допомоги

Структура охоплює характеристики наявних ресурсів для надання допомоги, зокрема матеріальних ресурсів, кваліфікованих медичних і управлінських кадрів, а також організаційні аспекти (методи компенсації витрат, управління якістю медичної допомоги). Структура має бути цікавою для організацій, що опікуються акредитацією, але відомо, що існує досить слабкий зв'язок між структурою та результатами.

Під процесом розуміють характеристики медичної допомоги, що надається, тобто її обґрунтованість, адекватність за обсягом, компетентність персоналу у обранні методів, узгодженість дій та послідовність. Обмеження оцінки процесу пов'язані з тим, що ми дуже мало знаємо про оптимальний процес надання ме-

дичної допомоги і вплив відхилень від стандартів на результати лікування. Саме результати лікування є принциповою мірою якості медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників. Складності оцінки якості за результатами полягають у важкості визначення тих результатів, які безпосередньо залежать від медичної допомоги, та недостатній інформації щодо можливостей покращення наслідків за умов відповідності стандартам структури й процесу в ЛПУ.

Теорія управління якістю пропонує вивчати якість в системі медичної допомоги за 8 характеристиками: професійна компетентність, доступність, економічна ефективність, особисті взає-



мини, результативність, безперервність і послідовність, безпечність, зручність [10]:

1. Професійна компетентність визначається рівнем навиків і вмінь, що реалізуються в процесі діяльності людей, які надають медичні послуги, в діяльності керівництва й обслуги.

2. Доступність медичної допомоги: під доступністю мається на увазі ступінь, в якому медична допомога може безперешкодно надаватися, незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних чинників.

3. Результативність: під результативністю мається на увазі міра, в якій лікування пацієнта призводить до поліпшення його стану або до бажаного результату.

4. Особисті взаємини: чинник взаємовідносин належить до якості взаємодії між провайдером послуг і споживачами, керівництвом і провайдерами медичної допомоги, медичними працівниками та місцевими жителями.

5. Економічна ефективність визначається відношенням між потребою в обслуговуванні та наявними ресурсами для надання допомоги. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу медичної допомоги населенню, тобто найбільше допомоги найкращої якості, що може бути досягнуто при наявних ресурсах.

6. Безперервність і послідовність: чинник безперервності віддзеркалює ступінь, в якому пацієнт одержує необхідне йому медичне обслуговування без перерв, зупинок або зайвих повторень обстежень або лікування.

7. Безпечність: чинник безпеки належить до ступеня, в якому система медичної допомоги знижує ризик пошкоджень, інфікування, побічних явищ чи інших збитків у процесі надання медичної допомоги.

8. Зручність: комфортність є однією з характеристик медичного обслуговування, що безпосередньо не належать до клінічної ефективності, але можуть позитивно вплинути на ступінь задоволеності пацієнта якістю обслуговування. Комфортність визначається зовнішнім виглядом і чистотою приміщень, що використовуються, обладнанням і персоналом, а також заходами, що вживаються для забезпечення комфорту і зручності [18].

Діяльність із забезпечення якості медичної допомоги може бути спрямована на одну або декілька характеристик з цього переліку. Вони допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів при аналізі проблем якості і оцінці ступеня дотримання стандартів. Кожна з цих характеристик повинна розглядатися в світлі специфічної програми і в місцевому контексті. Всі вони мають відношення як до клінічного й організаційного аспектів надання

медичної допомоги, так і до роботи допоміжних служб [10;13].

Описані вище визначення і характеристики якості включають в себе майже всі аспекти функціонування системи ОЗ. Важливість цих характеристик стає очевидною, коли пацієнтам чи медикам необхідно визначити ЯМД зі своєї точки зору.

Для пацієнтів, що звернулися до певної медичної установи, ЯМД визначається тим, наскільки установа відповідає їхнім потребам, чи є допомога вчасною і наскільки ввічливим та уважним є медперсонал. В цілому пацієнту необхідно, щоб симптоми хвороби були ліквідовані, а сама хвороба попереджена або призупинена. Думка пацієнта є дуже важливою, бо задоволені пацієнти краще виконують призначення лікаря. Таким чином, характеристики якості, що стосуються задоволення споживача медичних послуг, безпосередньо впливають на здоров'я населення [5;19].

Пацієнти найбільш цінують результативність і доступність медичної допомоги, свої взаємовідносини з медперсоналом, а також безперервність та послідовність. Однак необхідно зазначити, що пацієнти не в повній мірі усвідомлюють, які служби та заклади ОЗ потрібні (особливо недооцінюють профілактичні служби) і зрештою не можуть адекватно оцінити професійну компетенцію.

Медперсонал зазвичай звертає більше уваги на професійну компетенцію, ефективність і безпеку. На погляд медичного працівника, ЯМД передбачає наявність у персоналу відповідних навиків, ресурсів і умов, необхідних для поліпшення стану здоров'я пацієнтів, достатніх знань і вміння виконувати професійні обов'язки.

Система ОЗ повинна обов'язково відповідати потребам і вимогам медичних працівників, як очікуванням і вимогам пацієнтів. Медичним фахівцям необхідні ефективні й професійні адміністративні і допоміжні служби в процесі надання медичної допомоги.

Зюков О.Л. для виділення змістовних компонентів, що становлять основу поняття "якість медичної допомоги", провів контент-аналіз [9]. За одиницю аналізу було прийнято наступні характеристики ЯМД:

- адекватність – застосування заходів, технологій використання ресурсів, кількісно і якісно достатніх для досягнення поставлених цілей (науково-технічний рівень, своєчасність, доступність, достатність). Під доступністю розуміється відсутність географічних, економічних, соціальних та інших перешкод при отриманні медичної допомоги, тобто можливість отримання споживачем необхідної йому допомоги у відповідний час, в певному місці, в достатньому обсязі при оптимальних витратах;

- технологічне виконання – відповідність нормативним вимогам і стандартам;
- результативність – зовнішня ефективність, що вимірює здатність медичних втручань впливати на покращення здоров'я або ступінь досягнення бажаного результату;
- ефективність – внутрішня ефективність, економічність, що відображає співвідношення результатів і витрат (ресурсів);
- здатність задовольняти потреби і очікування, або прийнятність;
- безпека – ступінь мінімізації ризиків як для пацієнта (ятрогенія), так і для персоналу.

Контент-аналіз змістовних визначень ЯМД дозволив встановити, що в 16,7 % випадків вчені визначають ЯМД як окрему характеристику, властивість, категорію (послуги, процесу, діяльності тощо); в 50,0 % – як сукупність характеристик, зміст; в 33,3 % – як оцінку, результат.

Крім цього, він показав, що в більшості визначень ЯМД підкреслюється значимість таких характеристик, як адекватність (85,0 %), результативність (65,0 %) технологічне виконання (60,0 %), задоволеність пацієнта (60,0 %), ефективність (50,0 %).

Тобто медична допомога має надаватися з максимально можливим ефектом (її результати повинні максимально відповідати науково прогнозованим), водночас мати мінімальну вартість, бути обґрунтованою, законною, відповідати очікуванням пацієнта та інвесторів і розподілятися за принципом справедливості.

У цілому в результаті контент-аналізу визначень поняття “якість медичної допомоги” виявлені фактори (характеристики), що становлять його основу:

- задоволення певних очікувань і потреб (суб'єктивний аспект);
- сукупність характеристик діяльності або процесу, організації, системи або окремої особи, а також будь-яка комбінація з них, що визначають здатність цих об'єктів задовольняти встановлені або очікувані потреби (об'єктивний аспект).

До встановлених потреб в медичній допомозі можна віднести усунення симптомів, що викликають неприємні відчуття у пацієнта або загрожують його життю. Очікувані потреби мають на увазі очікування, які звичайно відносять до стійких побажань пацієнта. Наприклад, умови, в яких подається медична допомога: безболісність, відсутність неприємних процедур, характер взаємовідносин з медичними працівниками. До очікуваних потреб належать також естетичні вимоги, національні і культурні особливості і звички споживачів.

Підходи до змістовних компонент та удосконалення ЯМД постійно змінюються залежно від

рівня розвитку суспільства, у 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 медичної допомоги – задача складна, вирішення якої можливе завдяки управлінню якістю.

Наприкінці 40-х років ХХ століття Дж. Едвардом Демінгом була запропонована концепція безперервного покращення якості (Organization wide quality improvement (OQI)). В основу концепції безперервного підвищення якості (БПЯ) покладено цілий ряд ключових ідей, що запозичені із соціальної психології (мотивація, групова робота), психології (теорія поведінки), управління (розробка організаційних структур), статистики (контроль відхилень) і теорії систем. Таке різноманіття є однією з найсильніших сторін даної концепції (N. Neuhauser, J. E. Mc Eachern, L. Headrick, 1995) [25;26].

Запропонований Дж. Демінгом (1994) метод вибіркового статистичного контролю опирався на системний підхід до якості, що відомий як “Цикл Демінга”, або PDCA (Plan, Do, Check, Action) – ПВД (План, Виконання, Перевірка, Дія) [13].

Перший крок планування включає розробку припустимої дії, яку необхідно виконати з метою покращення роботи. Другий крок – це 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 крок – дія, полягає у тому, щоб закріпити або стандартизувати це нововведення або ж, навпаки, відмовитись від його впровадження в залежності від результатів експерименту.

Впровадження циклу ПВД дозволяє медичним працівникам застосувати в лікувальних закладах нові розробки з метою удосконалення роботи, навчатися на прикладах як вдалих, так і невдалих нововведень. Під час локальних експериментів по циклу ПВД 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 раніше отриманих знань.

Широко відомі у світі менеджменту 14 ключових принципів Демінга як основа перетворень для малих і великих підприємств, як у сфері виробництва, так і у сфері обслуговування. В системі удосконалення якості відсутні покарання тільки заради цього. Помилки в діяльності розглядаються як можливість для удосконален-

ня, весь процес опирається на безперервний контроль, який здійснюється самими працівниками, а не перевіряючими організаціями. Автори цієї концепції вважають, що переважна більшість працівників бажають працювати якнайкраще, 85–95 % всіх помилок в роботі припускається в результаті збоїв в самій системі, а не через помилки окремих виконавців.

За даними В. Г. Дьяченко (1996), в медичних закладах ситуація є аналогічною: тільки біля 20 % помилок медичного персоналу пов'язано з їхніми особистими якостями (низька кваліфікація, халатність, байдужість тощо), а 80 % залежить від дефектів організаційних і медичних технологій, рівня обладнання, що використовується, реактивів, витратних матеріалів і рівня підготовки адміністрації ЛПЗ. Основний напрямок цієї програми стосується запобігання негативним результатам, а не ретроспективного спостереження і виправлення постфактум. Концепція передбачає досягнення позитивних результатів завдяки контролю і удосконаленню процесів, а не способу контролю і покарання окремих працівників [5].

На сьогодні медична наукова література дуже насичена визначенням поняття якості, що калейдоскопічно змінюють одне одного. Це є цілком закономірно. Така кількість визначень пояснюється складністю явища, і кожна конкретна дефініція відображає певну позицію, знання і пріоритети [6;10].

Але, незважаючи на таку різноманітність критеріїв та компонентів якості, існування великої кількості підходів до її визначення – це об'єктивна реальність, що формує систему показників, кожний з яких має свою сферу застосування.

Таким чином, ЯМД є багатофакторним комплексним поняттям, яке характеризується ефек-

тивністю, економічністю, адекватністю, доступністю, задоволеністю пацієнтів отриманою медичною допомогою тощо. Якість також включає сукупність адекватних медичних технологій, які відповідають науково-технічному рівню розвитку суспільства та затвердженим медичним стандартам і застосовуються з метою досягнення позитивного кінцевого результату лікування [21].

З урахуванням специфіки охорони здоров'я існують 3 моделі управління ЯМД: професійна, бюрократична, індустріальна. У реальних умовах управління ЯМД в Україні ґрунтується на професійно-бюрократичному варіанті моделі. Якщо професійна модель орієнтована на високий кваліфікаційний рівень і майстерність, як єдину гарантію якості, бюрократична – це контроль і забезпечення якості, то індустріальна модель – на потреби й очікування пацієнта й інтереси всіх сторін, що беруть участь (медичного персоналу, інвестора, суспільства).

Як зазначає С. Тіллінгаст, більшість великих організацій, як на Заході, так і в колишньому Радянському Союзі, забюрократизовані, їм властиве неприйняття змін, які загрожують порушити зручне для них існування. Програма безперервного підвищення якості не принесла очікуваних результатів там, де її сприйняли як черговий розрекламований засіб. Створення атмосфери довіри між рядовими робітниками та керівниками особливо важливе там, де минуле переглянуто, нинішнє асоціюється з хаосом, а майбутнє очікують з побоюванням. Лікарі, як і інші кваліфіковані спеціалісти, мають потребу у певній самостійності в своїй роботі. Тільки якщо вони відчують, що причетні до активності у перетвореннях, тільки тоді ці зміни мають шанс на успіх (рис.2,3) [19].

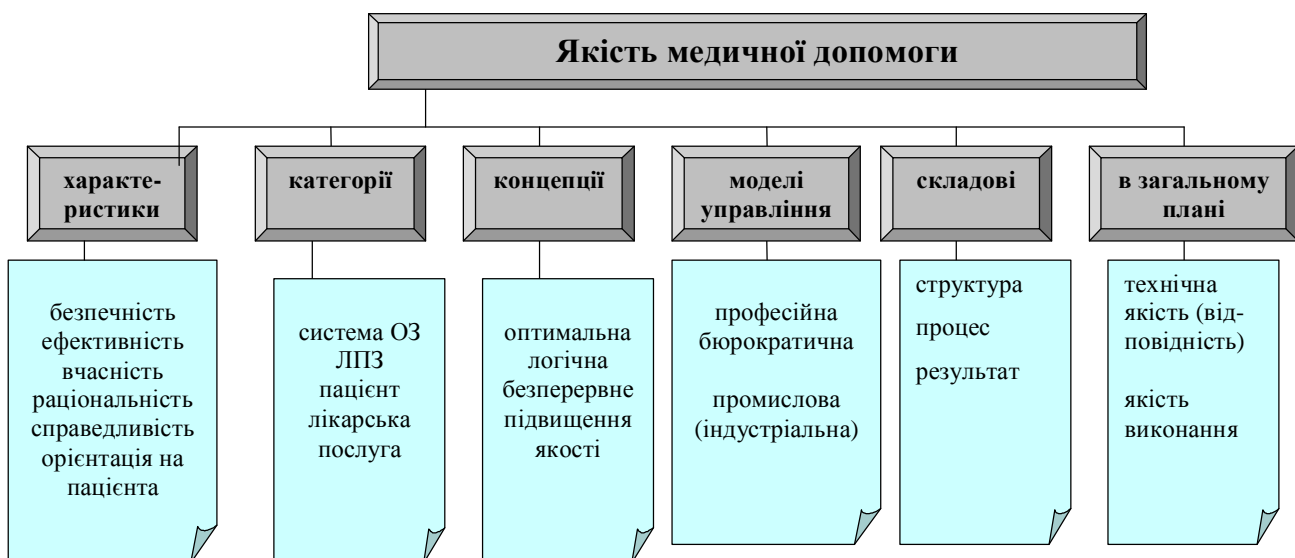


Рис. 2. Основні складові поняття ЯМД





Рис. 3. Моделі управління якістю (Р. Бомер, 1996)

Якість – “ступінь, до якого медичні послуги для окремих осіб та населення взагалі збільшують можливість бажаного результату стосовно здоров'я та є узгодженим із сучасним професійним знанням”.

Втім, яке б визначення не було обране, основним правилом є те, що “якість” повинна охоплювати всі дії, що відбуваються в охороні здоров'я, вона має бути інтегрованою у щоденну роботу, а не розглядатися окремо від неї.

В Україні приділяється значна увага перетворенням, спрямованим на поліпшення ЯМД. Напрацьована законодавча база, засобами якої здійснюється державне регулювання в сфері якості медичного забезпечення населення. Реалізується “Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні” (2008), яка спрямована на задоволення обґрунтованих потреб і очікування споживачів медичної допомоги. Розроблено порядок управління і контролю якості (2009), який являє собою вертикально організовану функціональну структурну систему, що включає всі рівні управління – від Міністерства охорони здоров'я до окремих лікувальних закладів, а також “Галузеву програму стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року”.

В наказі МОЗ України від 08. 2009 №189 “Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги” дано наступне визначення якості медичної допомоги:

- якість медичної допомоги – це належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність.

В програмі економічних реформ Президента України на 2010–2014 рр. “Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава” відмічено, що, незважаючи на проголошені в Конституції України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу до якісних медичних послуг. Це виявляється у низькій якості медичної допомоги та в нерівному доступу до послуг охорони здоров'я. Головною метою реформи медичної сфери є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг належної якості. Для досягнення цього поставлено завдання підвищити якість, доступність та ефективність медичної допомоги [15].



В теперішній час європейські країни орієнтуються на шість вимірів якості як цілі для системи охорони здоров'я XXI століття, які запропоновані у 2001 р. Інститутом Медицини США. Охорона

здоров'я має бути: безпечною, ефективною, орієнтованою на пацієнта, вчасною, раціональною та справедливою (табл.) [27].

Таблиця. Шість вимірів якості з “переходу через безодню”

Центральна роль пацієнта	Надання допомоги персональній для кожного пацієнта та його індивідуальних потреб, переваг та цінностей, а також забезпечення того, щоб цінності пацієнта спрямовували всі політичні рішення
Безпека	Убезпечення пацієнтів від травм протягом надання послуг, які ставлять собі за мету допомогу
Ефективність	Забезпечення послуг, що ґрунтуються на наукових знаннях
Раціональність	Уникання зайвих витрат, включно з витратами оснащення, ресурсів, ідей та енергії
Справедливість	Забезпечення допомоги, яка не відрізняється по якості за такими особистими характеристиками, як вік, етнічна приналежність, географічне положення чи соціально-економічне становище
Вчасність	Скорочення черг, а іноді й небезпечних затримок для тих, хто послуги отримує і тих, хто їх надає

Вищезазначене свідчить, що питання поліпшення ЯМД в Україні є пріоритетними і мають бути гармонізованими з європейськими принципами, відповідати встановленим вимогам і стандартам, забезпечувати оптимальність використання галузевих ресурсів, задовольняти потреби пацієнтів та їх очікування, відповідати су-

часному рівню розвитку науки. Успішна реалізація цих завдань потребує запровадження ефективної системи управління якістю медичної допомоги населенню, що зумовлює та підтверджує актуальність подальших науково-практичних досліджень у даному напрямку.

### Список літератури

1. Бекер Г. С. Оценка путей обеспечения качества медицинской помощи (проект “Здрав реформ”). – К., 1995. – 91 с.
2. Веренцов М. М. Анализ качества и эффективности здравоохранения: Обзор инфор. ВНИИМИ / М. М. Веренцов, Н. В. Чепурненко. – М., 1986. – 77 с.
3. Вуори Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология / Х. В. Вуори. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.
4. Гришин В. В. Регулирование процессов становления страховой медицины / В. В. Гришин. – М. : Наука, 1997. – 352 с.
5. Дьяченко В. Т. Экспертиза качества медицинской помощи (вопросы теории и практики) / Дьяченко В. Т. – Хабаровск, 1996. – 181 с.
6. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993. – 322 с.
7. Здоровье населения в Европе – 1997 г. Отчет о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья для всех в европейском регионе ВОЗ (1996–1997 гг.). – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1998 г. – (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, 38).
8. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
9. Зюков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття “Якість медичної допомоги” / О. Л. Зюков // Головна медична сестра. – 2009. – № 3. – С. 41–44.
10. Качество медицинской помощи // Главный врач. – 1998. – № 1. – 71 с.
11. Качество медицинской помощи // Глоссарий. – Россия-США, 2000. – 107 с.
12. Комаров Ю. М. Концептуальные подходы к управлению качеством медицинской помощи / Ю. М. Комаров, А. В. Короткова, Г. И. Галанова // Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации: материалы ежегодн. 4-й Рос. научн.-практ. конф. НПО “Медсоцэкономинформ”. – М., 1997. – С. 28–55.
13. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я: Монографія / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
14. Найговзина Н. Б. Качество медицинской помощи и его экспертиза / Н. Б. Найговзина, В. Г. Астовецкий // Экономика здравоохран. – 1998. – № 1/25. – С. 7–14.
15. Програма економічних реформ Президента України на 2010–2014 рр.
16. Сафонов Г. А. Методические подходы к оценке деятельности стационарных учреждений и качества медицинской помощи / Г. А. Сафонов, Е. А. Логинова // Стационарная медицинская помощь (основы организации). – М. : Медицина, 1989. – С. 180–185.

17. Успенская И. В. Социальный статус пациентов больницы, их затраты на лечение и удовлетворенность медицинской помощью / И. В. Успенская, Г. А. Пономарева // Экономика здравоохран. – 1999. – № 5,6. – С. 21–23.
18. Хвисюк М. І. Менеджмент в охороні здоров'я. Ч.2 / М. І. Хвисюк, І. І. Парфьонова. – Х. : ТОВ "Оберіг". – 2008. – 552 с.
19. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / Щепин О. П., Стародубов В. И., Линденбрaten А. Л., Галанова Г. И. – М. : Медицина, 2002. 176 с.: ил. – ISBN 5-225-04363-1.
20. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению / Щепин О. П., Линденбрaten А. Л., Голодненко В. Н., Зволинская Р. М. // Пробл. соц. гигиены и история медицины. – 1996. – № 3. – С. 24–29.
21. Якість. Качество. Quality // Термінологічний глосарій якості охорони здоров'я. – К., 1999. – 19 с.
22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // Milbank memorial Fund quarterly. – 1966. – Vol. 44. – P. 166–206.
23. 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.
24. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 1743–1748.
25. Jessee W. E. Medicare mortality rates and hospital quality: are they related? / W. E. Jessee, C. M. Schranz // Quality Assurance in Health Care. – 1990. – Vol. 2. – P. 137–144.
26. Racoveanu N. T. Технология для системного совершенствования медицинской помощи / N. T. Racoveanu, K. S. Jonbansen // Всемирный форум здравоохранения. – 1995. – Т. 16, № 2. – С. 27–32.
27. <http://www.evro.who.int/observatory/Glossary/Top Page phrase=0>.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И КОНЦЕПЦИИ ЕЕ РАЗВИТИЯ

В. А. Сміянов (Суми)

Проведен анализ подходов к определению качества медицинской помощи в мировой научной литературе, международных и отечественных нормативных документах. Акцентируется внимание на приоритетности проблемы повышения качества медицинской помощи на современном этапе развития украинского государства.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** качество медицинской помощи, управление качеством, стандартизація медицинской помощи.

## DEFINITION OF QUALITY MEDICAL AID AND THE CONCEPT OF ITS DEVELOPMENT

V. A. Smiiianov (Sumy)

The analysis of approaches to definition of quality of medical aid in the world scientific literature, the international and domestic normative documents has been conducted. The attention focuses on priority problems of improvement quality medical aid on modern stage of development Ukrainian state.

**KEY WORDS:** quality of medical aid, quality management, standardization of medical aid.

Рецензент: д.держ.упр. Н. П. Ярош