

*В.Е.Кардаш, А.П.Зубович, І.В.Навчук*

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (зав. – доц. В.Е.Кардаш)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** Автори розглядають сучасні підходи до контролю якості в охороні здоров'я, підкреслюючи, що його актуальність обумовлена появою лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) недержавної форми власності, реформою охорони здоров'я, яка передбачає суттєве покращання медичної допомоги населенню. Контроль якості вимагає певної системи, яка включає концепцію, методологію, методику і технологію. Висвітлюються підходи значення медичних, в тому числі і медико-економічних стандартів, для контролю якості медичного обслуговування населення.

**Ключові слова:** контроль якості медичної допомоги, медико-економічні стандарти.

В останнє десятиліття в системі охорони здоров'я нашої країни актуальним стало питання про контроль якості медичної допомоги. Серед основних причин можна вказати три обставини: 1) поява медичних закладів недержавної форми власності [6]; 2) реформи, які проводяться у вітчизняній охороні здоров'я і направлені перш за все на економічні аспекти. Галузь у цілому і кожний лікувально-профілактичний заклад зайняті не лише пошуком додаткового фінансування, але і шляхів зменшення витрат для надання медичної допомоги; 3) невідпрацювання правової бази контролю якості медичної допомоги.

Ці положення, а також реформування охорони здоров'я, яке передбачає, як один із невід'ємних елементів суттєвого покращання медичної допомоги населенню, контроль її якості і є об'єктом нашого вивчення, дослідження та повідомлення.

Контроль якості вимагає певної системи, яка включає концепцію, методологію, методику і технологію, які ґрунтувалися б на єдиних підходах, критеріях і показниках [8].

Досвід Японії свідчить, що якість можна підвищити лише за умови участі всіх працівників від робітника до керівника. І всі, хто бере участь у роботі, потребує спеціальних знань щодо контролю якості.

Концепція контролю якості необхідна як системі охорони здоров'я в цілому, так і конкретному медичному закладу [8].

Розробка методології і методики контролю якості в охороні здоров'я вимагає відповідей на низку питань:

- Що таке якість?
- Що таке контроль?
- Якість чого саме ми збираємося контролювати?

- Якою повинна бути система контролю якості в охороні здоров'я, управління якістю?

Через те, що якість є властивістю товару, а товар і його якість відносяться до маркетингу і повинні в умовах переходу до ринкової економіки розглядатися з його позицій, доцільно розпочати розгляд проблем концепції контролю якості в охороні здоров'я з розгляду контролю як проблеми маркетингу. Як правило, проблемі контролю якості в охороні здоров'я намагаються звести до оцінки якості медичних послуг [6]. Різні заклади охорони здоров'я виступають в умовах ринкових відносин як виробники, продавці і покупці. У будь-якому випадку для свого існування й розвитку заклади охорони здоров'я мають потребу в якісних товарах. Таким чином, якість – властивість товару (послуги), необхідна для успішного маркетингу, а значить для успішної роботи закладів системи охорони здоров'я в умовах ринкових відносин, які при розвитку економічної реформи в Україні неминуче будуть присутніми в охороні здоров'я [8]. Проблему контролю якості не можна зводити до оцінки якості послуг, необхідно контролювати якість всіх товарів у системі охорони здоров'я.

Зауважимо, що контроль якості інформації в охороні здоров'я є найбільш гострим, оскільки різні джерела масової інформації, причому і спеціальні, часто

публікують неперевірену інформацію, що може нанести шкоду здоров'ю людей і авторитету охорони здоров'я. Контроль якості інформації в основному експертний і відповідальність за нього повинна покладатися на систему охорони здоров'я, єдину систему, яка має право кваліфіковано оцінювати медичну інформацію різного призначення.

У більшості країн є контроль якості медичних закладів, який забезпечується їх ліцензуванням. Ця система вводить і в Україні. Крім ліцензування, проводиться акредитація медичних закладів. Для акредитації необхідні стандарти якості. У майбутньому при розвитку конкуренції медичних закладів та їх товарів роль акредитації, мабуть, суттєво зросте [1,2,4,6].

Якість спеціалістів визначається системою медичної освіти, атестації і сертифікації спеціалістів, створенням економічних стимулів висококваліфікованої якісної праці. При цьому для контролю якості їх діяльності вводиться ліцензування медичних закладів, а для спеціалістів – атестація і сертифікація [6].

За допомогою ліцензування, акредитації і сертифікації, за участю професійних асоціацій і представників зацікавлених організацій держава може в певному обсязі організувати управління якістю в охороні здоров'я [6].

Найбільш актуальною і складною проблемою є контроль якості медичної допомоги (або обслуговування). Медичні послуги, як товар, мають ряд властивостей, які ускладнюють контроль їх якості.

Контроль якості може бути ефективним лише за умови створення цілісної національної системи, яка забезпечує якість всіх видів товарів на всіх етапах: від планування їх виробництва до реалізації і гарантійного обслуговування покупців-споживачів.

Вітчизняний і зарубіжний досвід дозволяє виділити три підходи до контролю якості в охороні здоров'я: структурний, процесуальний, за кінцевим результатом.

Структурний підхід реалізується через ліцензування й акредитацію медичних закладів, атестацію і сертифікацію спеціалістів. Суть цього підходу в тому, що якісні заклади, якісні медикаменти, матеріали і обладнання, якісні спеціалісти забезпечать якісні медичні послуги.

Особливе значення для реалізації структурного підходу до контролю якості в закладах охорони здоров'я має управління кадрами: їх відбір, підготовка, організація праці та стимулювання.

Процесуальний (якість технології) підхід ґрунтується на певних технологічних стандартах, ставлення до яких спеціалістів неоднозначне. Реалізація цього підходу потребує участі експертів, а це означає, що тут може бути суб'єктивізм.

Контроль якості за кінцевим результатом – тут важливо відповісти на питання: "Яким повинен бути результат?"

Останнім часом велика увага приділяється медико-економічним стандартам. Вважається, що вони мають безпосереднє відношення і до структурного, і до процесуального підходу, і до контролю якості медичного обслуговування за кінцевим результатом [3]. Система медико-економічних стандартів, яка виникла на основі клініко-статистичних груп (КСГ), використовується не стільки для контролю якості, скільки в ціноутворенні, хоча в контролі якості вона також може бути використана досить ефективно. Застосування медико-економічних стандартів для контролю якості і в ціноутворенні не потрібно, а використовувати в поєднанні для економічного стимулювання підвищення якості медичного обслуговування [4].

Існують міжнародні, державні, територіальні медичні стандарти, стандарти медичних закладів, медичних програм, медичних технологій (для медичних послуг пролікованих хворих), науково-медичні стандарти, професійні стандарти медичних знань і навичок. Медико-економічні стандарти медичних закладів розробляються самими закладами і є їх власністю [5].

В умовах перехідного періоду в охороні здоров'я пропонується використовувати такі компоненти якості, як своєчасність, доступність, достатність, репрезентативність.

Московський НДІ соціальної гігієни і організації охорони здоров'я ім.М.О.Семашко розробив інтегральний показник для оцінки ефективності медичного обслуговування, який включає три компоненти: медичну, соціальну й економічну. Крім коефіцієнта ефективності, розраховується коефіцієнт якості, який оцінює дотримання оптимальної технології обслуговування.

Оцінка технології обслуговування може проводитися за відповідними їй медико-економічними стандартами.

Інтегральний показник ефективності і коефіцієнт якості, який характеризує технологію обслуговування, можна об'єднати, розрахувавши комплексний коефіцієнт (показник) якості медичного обслуговування.

Введення медичного страхування передбачає відомчий і позавідомчий контроль якості медичного обслуговування страховими медичними організаціями. При цьому позавідомчий контроль якості при медичному страхуванні не виключає, а доповнює внутрішньовідомчий контроль якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я.

У літературі описані й інші підходи до контролю якості медичного обслуговування.

Можна дійти висновку, що хоч єдина універсальна система контролю якості в охороні здоров'я не створена, проте є певні пропозиції для її концепції, яка може бути сформульована на основі синтезу різних підходів.

В останні роки розробка контролю якості набула нового значення у зв'язку з введенням міжнародної системи стандартів.

Відповідно до міжнародних стандартів якість визначається як "сукупність властивостей і характеристик продукту або послуг, і яка надає йому здатність задовольняти встановлені потреби".

Припускаються й інші визначення поняття якості медичної допомоги.

"Якість медичної допомоги – це зміст взаємодії лікаря і пацієнта, який ґрунтується на кваліфікації професіонала, тобто його здібності зменшувати ризик прогресування захворювання, яке є у пацієнта, і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта системою охорони здоров'я" [6].

Використання об'єктивної статистичної інформації для управління якістю найбільш доцільно, на думку спеціалістів США, для створення системи безперервного підвищення якості [7].

Крім названих підходів до оцінки і контролю якості, в тому числі міжнародними організаціями, пропонуються прості оцінки, згідно з практичним, клінічним досвідом.

Реформа охорони здоров'я передбачає суттєве покращання медичної допомоги населенню і, можливе введення страхової медицини, контроль якості в охороні здоров'я, управління якістю медичної допомоги населенню, з урахуванням наукових розробок і досвіду з цих питань, вимагає від організаторів охорони здоров'я глибоких знань, чіткого розуміння і необхідності контролю якості надання медичної допомоги населенню [8].

**Мета дослідження.** Вивчити думки організаторів охорони здоров'я щодо сучасних підходів контролю якості медичної допомоги населенню.

**Матеріал і методи.** Наші дослідження показали, що організатори охорони здоров'я (головні лікарі та їх заступники) використовують сучасні методи контролю якості надання медичної допомоги населенню, в тому числі ліцензування й акредитацію. Всі 100% респондентів організаторів охорони здоров'я вважають, що особи, які здійснюють контроль якості медичної допомоги населенню повинні мати спеціальну підготовку і глибокі знання.

Під час дослідження нами проведено опитування головних лікарів та їх заступників лікувально-профілактичних закладів Чернівецької області з допомогою анкети, яка розроблена з урахуванням даних літератури.

Головні лікарі та їх заступники відповіли на такі питання: "Що таке якість? Що таке контроль? Якою повинна бути система контролю в охороні здоров'я і управлінні якістю?"

Інші питання торкалися думки респондентів щодо використання при контролі якості таких компонентів, як своєчасність, доступність, достатність і репрезентативність критеріїв якості, а також значення ліцензування – акредитації ЛПЗ для контролю якості їх діяльності. В анкету були включені також питання щодо використання стандартів для контролю якості медичного обслуговування та якості інформації. Організатори охорони здоров'я при анкетному опитуванні відповідали й на таке питання: "Чи повинні мати спеціальну підготовку посадові особи, які здійснюють контроль якості медичної допомоги населенню?"

Із 75 опитаних головних лікарів та їх заступників стаж роботи на посаді організатора охорони здоров'я до 5 років мали 12%, від 5 до 15–40%, більше 15 років – 48%. При аналізі результатів анкетування стаж роботи не вплинув суттєво на результати опитування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що повне уявлення про якість медичної допомоги населенню, про її контроль, про систему контролю в охороні здоров'я і управлінні якістю мають 40% головних лікарів та їх заступників, часткове – 12%, неповне – 48%.

На питання щодо використання при контролі якості медичної допомоги таких компонентів, як своєчасність, доступність, достатність і репрезентативність кри-

теріїв якості 56% головних лікарів та їх заступників висловили позитивне ставлення, 36% – не використовують і 8% – використовують зазначені компоненти лише частково.

Оцінюють ліцензування й акредитацію лікувально-профілактичних закладів 84% респондентів як позитивний факт щодо контролю якості їх діяльності, 16% – негативно.

Анкетування показало, що 92% організатори охорони здоров'я використовують стандарти при здійсненні контролю якості медичного обслуговування населення, роботи закладу та його структурних підрозділів, 8% – не використовують.

Надають важливого значення контролю якості інформації 96% головних лікарів та їх заступників, 4% – незначне.

На питання: "Чи повинні мати спеціальну підготовку і глибокі знання особи, які здійснюють контроль якості медичної допомоги населенню, а також в управлінні якістю?" 100% головних лікарів та їх заступників відповіли – "Так".

#### **Висновки.**

1. Головні лікарі та їх заступники ЛПЗ Чернівецької області володіють сучасними підходами щодо контролю якості в охороні здоров'я.

2. Втілення дієвого контролю якості в охороні здоров'я вимагає особливої підготовки у медичних ВНЗ майбутніх лікарів, організаторів охорони здоров'я і практичних лікарів, оскільки якість можна покращити тільки за умови участі всіх працівників.

**Література.** 1. *Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я України"* за №765 від 15.06.1997. 2. *Наказ МОЗ України "Про акредитацію закладів охорони здоров'я"* за №287 від 29.09.1997. 3. *Батыршин Р.Ф., Блохин А.Б.* Управление качеством медицинской помощи в дерматовенерологической клинике // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – №1. – С.47-50. 4. *Буртняк М.* Жити по-старому медицина вже не може // Ваше здоров'я. – 15 березня. – 2000. – №18 (496). – 3 с. 5. *Вялков А.И., Карпеев Л.Л., Кузик В.Ф.* Проблемы и перспективы развития системы стандартизации в здравоохранении Российской Федерации // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2000. – №2. – С.3-10. 6. *Степаненко А.В.* Експертні оцінки в системі забезпечення якості медичної допомоги (аналітичний огляд літератури) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 1999. – №2. – С.84-89. 7. *Федоров В.В., Привалов В.Ю.* Експерт качества медицинской помощи и его роль в системе современного здравоохранения // Здравоохранение Рос.Федерации. – 1995. – №1. – С.12-16. 8. *Шевченко Ю.Л.* Стратегия развития стандартизации в здравоохранении России // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. – №1. – С.3-4.

## **MODERN APPROACHES TO QUALITY CONTROL IN HEALTH CARE**

*V.E.Kardash, A.P.Zubovych, I.V.Navchuk*

**Abstract.** The authors consider modern approaches to the quality control of medical care, emphasizing that its topicality is called forth by the appearance of patient care and prophylactic institutions (PPI) of nongovernmental form of property, by a reform of health protection that envisages a considerable improvement of medical aid to the population. The quality control requires a certain system that includes conception, methodology, technique and technology. Approaches concerning the importance of medical, including medico-economic quality standards for the purpose of controlling the quality of medical care of the population have been elucidated.

**Key words:** quality control of medical care, medico-economic standards.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

*Надійшла до редакції 4.12.2001 року*