

УДК 570. 614; 486

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Н. В. Харик

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Розглянуті питання оцінювання наступності надання медичної допомоги та взаємодії її показників із безперервністю та доступністю. Обговорено інтегральне оцінювання перерахованих критеріїв якості медичної допомоги за допомогою стандартів та експертизи діагностичної і лікувальної діяльності.

Ключові слова: наступність медичної допомоги, безперервність надання медичної допомоги, функціональний статус, чинники ризику для здоров'я, пацієнт-ідентифікуюча інформація, ідентифікація стану здоров'я.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н. В. Харик

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика*

Рассмотрены вопросы оценки преемственности оказания медицинской помощи и взаимодействия её показателей с непрерывностью и доступностью. Обсуждено интегральное оценивание перечисленных критериев качества медицинской помощи при помощи стандартов и экспертизы диагностической и лечебной деятельности.

Ключевые слова: преемственность медицинской помощи, непрерывность оказания медицинской помощи, функциональный статус, факторы риска для здоровья, пациент-идентифицирующая информация, идентификация состояния здоровья.

USE OF INFORMATION TECHNOLOGIES TO ENSURE CONTINUITY OF MEDICAL ASSISTANCE

N. V. Kharyk

National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P. L. Shupyk

Summary. The questions of assessment the continuity of care and continuity of interaction parameters with the continuity and availability, are considered. Issues of integrated assessment of these criteria of quality of care through standards and examination of diagnostic and treatment activities are discussed.

Key words: continuity of care, continuity of health care provision, functional status, health risks, the patient identification information, identification of health.

Вступ. Клінічна медицина з сфери мистецтва перетворилася на комплекс складних індустріальних технологій. У той же час методи управління якістю в охороні здоров'я залишилися колишні та не відповідають вимогам сучасного виробництва. Для підвищення якості медичної допомоги необхідно використовувати кількісні промислові методи управління лікувальними та інфраструктурними процесами.

Серед найважливіших критеріїв оцінювання якості медичної допомоги, поза сумнівом, є наступність

лікарських дій. Оцінці наступності, на жаль, до сьогодні приділяється мала увага. Більше того, до останнього часу відсутні прийняті визначення наступності, критеріїв і індикаторів.

З іншого боку, недотримання принципів і правил наступності призводить як до істотного зниження якості медичної допомоги, так і до подовження діагностичного та лікувального процесів.

Отримані результати та їх обговорення. Під наступністю багато авторів розуміють послідовність і безперервність надання медичної допомоги, точну

та своєчасну передачу всіх необхідних даних про пацієнта від лікаря до лікаря.

Існує достатня кількість закордонних праць, де розглядається проблема забезпечення наступності в системі охорони здоров'я при наданні медичної допомоги. Ідея організації надання медичної допомоги на основі методологічних принципів безперервності, наступності та поетапності розглядається як діючий механізм, що впливає на якість надання медичної допомоги та посилює її можливість. Такий принцип організації дозволяє адекватно та своєчасно реагувати на потреби, що динамічно змінюються.

Нами, проте, використовується інша логічна послідовність. Під наступністю розуміємо таку послідовність діагностичних і лікувальних дій, що не збільшує ймовірність негативного результату захворювання, чи ймовірність виникнення ускладнень.

Ефективність і безперервність медичної допомоги в значній мірі залежать від інформативності письмової комунікації між лікарями, тобто від змісту направлень, висновків і швидкості їх передачі.

Наступність медичної допомоги нерозривно пов'язана з рядом інших показників надання медичної допомоги, в першу чергу, з безперервністю та доступністю.

Безперервність допомоги – це процес, при якому пацієнт і лікар спільно беруть участь у поточному управлінні медико-санітарною допомогою на шляху до мети високоякісної і економічно ефективної медичної допомоги. Вона є відмінною рисою та головною метою, наприклад, сімейної медицини і при забезпеченні якості нагляду за пацієнтами. Безперервність допомоги базується на довгостроковому партнерстві пацієнта та лікаря, в якому лікар знає всю медичну історію пацієнта з досвіду і може ефективно інтегрувати нову інформацію та рішення про пацієнта.

Безперервність допомоги сприяє розвитку колективного підходу до охорони здоров'я. Так, Американська академія сімейних лікарів підтримує роль лікарів у забезпеченні безперервності допомоги своїм пацієнтам при будь-яких умовах як безпосередньо, так і по координації допомоги з іншими фахівцями охорони здоров'я.

Виконання принципів наступності та безперервності медичної допомоги відповідно до міжнародного досвіду регулюється низкою стандартів. Одним із найбільш відомих стандартів є CCR (Continuity of Care Record). Він об'єднує відповідні адміністративні, демографічні і клінічні дані, факти про охорону здоров'я пацієнта впродовж декількох періодів спостережень за ним. Стандарт надає можливість для кожної з медичних практик об'єднати всі необхідні дані про

пацієнта та переслати до інших установ, системи або вказівки для підтримання безперервності надання медичної допомоги.

CCR набір даних включає резюме пацієнта про стан здоров'я (наприклад, проблеми, ЛЗ, алергії) й основну інформацію про страхування, попередні призначення, рух документації і план лікування пацієнта. Вона також включає ідентифікуючу інформацію та мету CCR.

CCR відображає та передає дані на папері або в електронному вигляді. При отриманні в структурованому електронному вигляді дотримується схема XML, необхідна для підтримки стандартів сумісності.

Доступність медичної допомоги, що декларується в конституціях різних країн, регламентується національними нормативно-правовими актами (НПА), котрі визначають порядок і обсяги надання безкоштовної медичної допомоги, і обумовлена рядом об'єктивних чинників, таких як: збалансованість необхідних обсягів медичної допомоги населенню з можливостями держави, наявністю і рівнем кваліфікації медичних кадрів, наявністю на конкретних територіях необхідних медичних технологій, можливістю вільного вибору пацієнтом лікаря та медичної установи, наявною транспортною можливістю, забезпечення своєчасного отримання медичної допомоги, рівень громадської освіти з проблем збереження та зміцнення здоров'я, профілактика захворювань.

Отже, доступність медичної допомоги є найважливішою умовою надання медичної допомоги населенню в усіх країнах світу, що відображає як економічні можливості держави в цілому, так і можливості конкретної людини. Ніде не забезпечується загальний, рівний і необмежений доступ до всіх видів медичних послуг. Проте, розглядаючи наступність як послідовність обов'язкових дій, спрямованих на зменшення ризику розвитку ускладнень, можна представити, що незабезпечення доступності може порушити весь процес надання медичної допомоги.

Вважається, що виходом із такої ситуації є скорочення витрат на неефективні види медичних втручань і концентрація зусиль на наданні рівного доступу громадян до найефективніших медичних послуг. Цей підхід до справедливого використання обмежених ресурсів називається раціонуванням і практикується різною мірою в усіх державах світу. У бідних країнах раціонування відкрите і повсюдне, торкається майже усіх видів медичної допомоги, в економічно багатих країнах воно зазвичай обмежене коштовними видами допомоги чи окремими групами громадян. Крім того, у багатьох державах є приховане раціонування: черги, через які неможливо отримати

лікування в розумні терміни, бюрократичні перепони, виключення окремих видів лікування зі списку безкоштовних послуг тощо.

Готовність суспільства підвищувати доступність медичної допомоги багато в чому залежить від економічного стану країни. Але жодна країна не може витратити на здоров'я громадян понад 15 % ВВП, оскільки ці витрати негативно відіб'ються на цінах вироблюваних товарів, що можуть втратити конкурентоспроможність. Тому визнання обмеженості ресурсів, що використовуються для надання медичної допомоги, є фундаментальним для розуміння можливостей медицини в суспільстві [1–8]. Важливо, щоб раціонування при розподілі ресурсів у системі надання медичної допомоги було ефективним, справедливим, професійним і гарантувало можливість отримання якісної медичної допомоги (МД).

Механізмом, що значною мірою реалізовує право на наступність і доступність медичної допомоги, є її стандартизація. Медичні стандарти (протоколи ведення хворих) складаються з розумінням обмеженості коштів і особливостей надання допомоги в різних лікувально-профілактичних установах, тому в них закладається мінімальний рівень необхідної допомоги. Іноді це входить у протиріччя з метою надання технологічно “сучасної” допомоги. На думку деяких авторів [2], доступність медичної допомоги може реалізуватися шляхом розділення вимог на мінімальні (обов'язкові) та вимоги оптимальної допомоги, що виконуються в міру необхідності (за медичним призначенням) і включають коштовні види допомоги. Проте другий шлях, що закріплює в рекомендаціях (стандартах) коштовні високотехнологічні види медичної допомоги, знижує її доступність.

Основою створення системи забезпечення, оцінювання та контролю якості медичної допомоги (ЯМД) в усіх країнах є стандартизація організації лікувально-діагностичного процесу. Створення та впровадження в кожному закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) системи, що забезпечує належний рівень медичних послуг, включає такі основні етапи: впровадження стандартів надання медичної допомоги; ліцензування медичної діяльності; сертифікацію медичних послуг; ліцензування й акредитацію медичних організацій; атестацію та сертифікацію фахівців; створення матеріально-технічної бази, що дозволяє виконувати стандарти медичної допомоги.

Медичні технології (МТ) разом із стандартами відіграють важливу роль у системі підвищення ЯМД, оскільки оновлення стандартів відбувається при вдосконаленні та впровадженні в практику нових МТ.

Експертиза та контроль якості медичної допомоги. Експертиза є обов'язковою умовою й основним механізмом забезпечення та контролю якості МД. Експертиза ЯМД проводиться на різних рівнях системи охорони здоров'я та регламентується спеціальними інструкціями. Будь-яка експертиза спрямована на виключення або виявлення лікарської помилки і дефектів надання медичної допомоги. Зауважимо, що при цьому практично ніколи не розглядаються проблеми наступності надання медичної допомоги. Під дефектом надання МД розуміють неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організації процесу надання медичної допомоги, що призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання [3–5].

Можна припустити, що насправді, питання наступності знаходять відображення в системі індикаторів ЯМД. Нами проаналізовані пропонувані системи індикаторів. Індикатор якості може мати цільове та фактично досягнуте значення. Відношення фактичного значення індикатора якості до цільового значення, виражене у відсотках, називають індексом досягнення мети.

Індикатори ресурсів (структури) – кількісні показники, використовувані для характеристики осіб і організацій, що надають медичні послуги. Вони можуть використовуватися на будь-якому рівні системи охорони (галузі, території, окремого ЗОЗ) здоров'я і характеризують такі напрями: умови надання медичної допомоги; адекватність фінансування та використання фінансових коштів; технічну оснащеність і ефективність використання устаткування; чисельність і кваліфікацію кадрів; інші ресурсні компоненти.

Індикатори медичних процесів застосовуються для оцінювання правильності ведення (лікування) пацієнтів у певних клінічних ситуаціях (при профілактиці, діагностиці, лікуванні та реабілітації). Кількість обраних для моніторингу індикаторів якості визначається складністю завдань. Тому в розвинених країнах зазвичай моніторують ведення пацієнтів із захворюваннями, що мають найбільшу вагу в структурі смертності.

Індикатори результатів. Оцінювання результату є визначенням стану здоров'я пацієнта після лікування та порівняння результатів із еталонними, встановленими на підставі наукових дослідів і клінічних оцінок. Це основні характеристики медичної допомоги, коли очікувані результати порівнюються з реально досягнутими. Як індикатори результатів найчастіше використовуються показники повторної госпіталізації і смертності в стаціонарі.

Висновки. 1. Наступність медичної допомоги нерозривно пов'язана з низкою інших показників надання медичної допомоги, насамперед, з безперервністю та доступністю. Відповідно, обґрунтовуючи критерії наступності, в них мають бути включені особ-

ливості забезпечення безперервності та доступності медичної допомоги.

2. Існуючі системи індикаторів оцінювання ЯМД мають бути доповнені індикаторами наступності діагностичних і лікувальних дій.

Література

1. Бойко А. Т. Качество и стандарты медицинской помощи (понятие и принципиальные основы) / А. Т. Бойко. – Режим доступа: maps.spb.ru/ordinator/addelment/.
2. Власов В. В. Рационализация и стандарты помощи / В. В. Власов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 1. – С. 9–18.
3. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия–США // Российско-Американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству Комитет по здравоохранению. Доступность качественной медицинской помощи. – М., 1999. – 61 с.
4. Колыхалова Г. А. Модель Европейского фонда по управлению качеством / Г. А. Колыхалова // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1. – С. 32–35.
5. Михайлова Н. В. Качество медицинской помощи: современные тенденции и проблемы / Н. В. Михайлова // Стандарты и качество. – 2005. – № 6. – С. 58–60.
6. Оценка качества здравоохранения США // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2008. – № 2 (26). – С. 61–64.
7. Полубенцева Е. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: метод. рекомендации / Полубенцева Е. И., Улумбекова Г. Э., Сайткулов К. И. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 60 с.
8. Северский А. В. Значение протоколов ведения больных в судебной практике / А. В. Северский, Е. О. Сергеева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 11. – С. 6–12.
9. Татарников М. А. Жалобы и предложения граждан как важнейший источник информации о качестве и доступности медицинской помощи / М. А. Татарников // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2008. – № 2 (26). – С. 4–10.