

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/282641590>

Концептуальні підходи до систематизації методів оцінки якості медичної допомоги

ARTICLE · JANUARY 2010

READ

1

2 AUTHORS, INCLUDING:



Ozar Mintser

Shupyk National Medical Academy Of Post...

765 PUBLICATIONS 13 CITATIONS

SEE PROFILE

УДК 614.2:362.1:681.31:616-082.002.6

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО СИСТЕМАТИЗАЦІЇ МЕТОДІВ ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

О.П. Мінцер, Т.П. Іванова¹

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»¹*

Пропонується методологія оцінки якості медичної допомоги. На підставі узагальнення світового досвіду та на основі авторських розробок пропонується оригінальна квадрупольна модель процесу оцінки якості медичної допомоги. Модель складається з чотирьох кластерів, що містять по чотири критерії оцінки якості медичної допомоги та відповідні показники для аналізу цих критеріїв. Кластери представлені як інтегральна оцінка якості медичної допомоги, технологічна, методологічна та оцінка якості медичної допомоги за окремими додатковими критеріями. Представлена детальна характеристика кластерів та показників.

Окремим розділом висвітлено математичне моделювання процесів оцінювання якості медичної допомоги. До безперечних переваг розробленої квадрупольної моделі віднесено простоту її впровадження та доступність для розуміння медичним персоналом.

Ключові слова: якість медичної допомоги, показники якості медичної допомоги, систематизація підходів, загальносистемні показники, розробка системи оцінки.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К СИСТЕМАТИЗАЦИИ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О. П. Минцер, Т.П. Иванова¹

*Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика
Национальная детская специализированная больница "ОХМАТДЕТ"¹*

Предлагается методология оценки качества медицинской помощи. На основании обобщения мирового опыта и на основе авторских разработок предлагается оригинальная квадрупольная модель процесса оценки качества медицинской помощи. Модель состоит из четырех кластеров, включающих по четыре критерия оценки качества медицинской помощи и соответствующие показатели для анализа этих критериев. Кластеры представлены как интегральная оценка качества медицинской помощи, технологическая, методологическая и оценка качества медицинской помощи по отдельным дополнительным критериям. Представлена детальная характеристика кластеров и показателей.

Отдельно освещено математическое моделирование процессов оценки качества медицинской помощи. К бесспорным преимуществам разработанной квадрупольной модели отнесены простота ее внедрения и доступность для понимания медицинским персоналом.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, показатели качества медицинской помощи, систематизация подходов, общесистемные показатели, разработка системы оценки.

CONCEPTUAL APPROACHES TO SYSTEMATIZATION OF METHODS FOR ESTIMATING THE QUALITY OF MEDICARE

O.P. Mintser, T.P. Ivanova¹

*National Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk
National child's specialized hospital "OKHMATDYT"¹*

Methodology of estimating the quality of medical care is offered. On the basis of generalization of world experience and new authorial developments on original quadropole model of process of estimating the quality of medical care is offered. A model consists of four clusters which contain four criteria for estimating the quality of medical care and corresponding

© О.П. Мінцер, Т.П. Іванова

indices for the analysis of these criteria. Clusters have been presented as an integral estimation of quality of medical care, technological, methodological and estimation of quality of medical care on separate additional criteria. The detailed description of clusters and indices has been accordingly given.

A particular attention has been paid to the mathematical design of processes of estimating the quality of medical care. Indisputable advantages of the worked out quadrupole model are simplicity of its introduction and availability for understanding by medical personnel.

Key words: quality of medical care, indices of quality of medical care, systematization of approaches, general system indices, development of the system of estimation.

Вступ. Досягненню належного рівня якості медичної допомоги має бути підпорядкована вся ідеологія роботи медичних закладів та органів управління охороною здоров'я. Ця проблема актуальна як в нашій країні, так і в усьому світі. Національні програми щодо забезпечення якості медичної допомоги (ЯМД) створені в багатьох країнах світу. Для стримування вартості медичних послуг необхідно або пожертвувати якістю наданої допомоги, або створити систему сучасних технологій, що гарантують мінімально достатній, проте максимально ефективний шлях ведення хворого [1].

Оцінка ЯМД до сьогодні залишається однією з найактуальніших та важко вирішуваних завдань охорони здоров'я. Існує безліч наукових і практичних розробок, присвячених цьому питанню. Основною проблемою являється неможливість підведення під один знаменник усього існуючого різноманіття чинників, що взаємодіють між собою і нерідко виключають один одного, хоча в той же час чинять істотну пряму або непряму дію на весь хід лікувально-діагностичного процесу [2]. Хоча деякі з оцінних методів виглядають цілком обнадійливо, фахівці не раз висловлювали побоювання з приводу недоліків існуючих підходів і їх здатності забезпечити адекватне вимірювання якості медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження.

Оцінка якості медичної допомоги складається з двох взаємопов'язаних аспектів:

- що вимірювати, тобто визначити елементи медичної допомоги, що підлягають аналізу;
- як вимірювати, тобто визначити методи, що дозволяють найоб'єктивніше оцінити обрані елементи.

При створенні власної класифікації критеріїв і показників якості надання медичної допомоги ми використовували такі підходи як забезпечення якості (Quality Assurance), загальне управління якістю (Total Quality Management), безперервне поліпшення якості (Continues Quality Improvement), поліпшення якості (Quality Improvement), тобто сімейство різних управлінських технологій, що управляють та організують систему покращення результату ЯМД [3-5].

Для обґрунтування кількості кластерів показників ЯМД враховували необхідність виділення трьох клас-

терів, а саме: оцінки структури, процесу і результатів медичного обслуговування по А. БобаєШап [6].

Структура включає характеристики засобів надання допомоги, у тому числі: матеріальних ресурсів, персоналу, а також організаційні характеристики установи.

Під процесом маються на увазі характеристики допомоги, що надається, у тому числі, її обґрунтованість, адекватність обсягу, прояв компетенції в проведенні методик лікування, узгодженість дій і спадкоємність.

Результат описує результат наданої допомоги відносно стану здоров'я пацієнта, включаючи зміни в його свідомості і поведінці, задоволеність хворого лікарським і медсестринським обслуговуванням, біологічні зміни захворювання, ускладнення лікування, захворюваність і смертність.

Подібна система передбачає аналіз професійних якостей лікаря, забезпеченості апаратурою і медперсоналом, умов організації і фінансування (якість структури); а також оцінку діагностичних і лікувальних заходів (якість процесу); і аналіз результатів (якість результатів) [5].

Задля врахування методологічних критеріїв, що визначають ефективність тієї або іншої медичної дії, визначення зв'язків між показниками структури, процесу та результатами нами вперше запропоновано виділення чотирьох кластерів критеріїв і показників ЯМД.

Результати й обговорення.

Інтегральна оцінка ЯМД.

Очевидно, що для оцінки якості й ефективності медичної допомоги, насамперед, необхідно розробити систему критеріїв, показників і понять, що відносяться до цього процесу і відображають його кінцеві результати.

В якості критеріїв були обрані кількісні характеристики рівня здоров'я, запропоновані Г. Л. Апанасенком [2] та О.П. Мінцером [3], кількісні характеристики тяжкості стану, чинники ризику й ідентифікація загрози виникнення ускладнень або рецидивів захворювання. Підкреслимо, що проблема управління ризиками (складається з розробки структурної моделі ризику, кількісної оцінки ризику і розробки відповід-

ного прогнозу) є актуальною для медичної практики, оскільки йдеться про здоров'я і життя людини.

Ризик є агрегованим результатом, тому необхідна «сумарна» кількісна оцінка за всіма структурними процесами управління з урахуванням «ваги» кожної складової ризику. Системна результуюча оцінка ризику може розглядатися як вектор, що складається з горизонтальної і вертикальної інтегрованих гілок накопичення ризику. Горизонтальна складова вектора ризику розглядається в обсязі контролю і прийняття рішення одного параметра (діагностичного індикатора), однорідної технології або процесу.

В системі інтегрованої оцінки якості праці окремого фахівця або структурного медичного підрозділу використовується велика сукупність оцінних показників-індикаторів. Найбільш важливими серед них можна вважати: неправильні дії або бездіяльність медичних працівників у наданні медичної допомоги, стани пацієнта, що викликають погіршення; випадки повторної госпіталізації внаслідок неякісно наданої медичної допомоги при попередній госпіталізації; надання медичної допомоги неналежного обсягу й якості відповідно до медичних стандартів; пізнє обґрунтування клінічного діагнозу; нерегулярне спостереження за станом хворого; необґрунтоване «зайве» призначення лікарських засобів (ЛЗ); післяопераційні ускладнення; нозокоміальні інфекції; необґрунтована виписка хворого, що спричинила за собою погіршення стану або смерть хворого тощо.

Для оцінки (ранжирування) в подібних завданнях «ваги» індикаторів, як правило, використовується метод експертних оцінок. Тоді в результаті експертизи наведених індикаторів будуть отримані об'єктивні результати.

Четвертим критерієм в цьому кластері вважаємо загальну професійну оцінку якості медичної допомоги - «одужання, погіршення стану, без змін».

У протилежність оцінці структури і процесу, оцінка результату включає вплив структури і процесу на якість, навіть якщо ключові аспекти цих двох останніх областей ще не уточнені і не оцінені [7].

Порівняння результатів може не відобразити точно варіації якості, оскільки характеристики хворих (наприклад, тяжкість патології, супутні захворювання, вік і соціально-економічний статус) самі по собі є сильними визначальними чинниками результату, і різні поставальники послуг можуть лікувати хворих з різними характеристиками. Для вдосконалення порівняння результатів як показників якості використовуються статистичні методи, що включають поправки на варіації за чинниками ризику у хворих в різних установах.

Прогнозовані результати в конкретній лікувальній установі визначаються на підставі характеристик усіх її хворих, установи порівнюються за співвідношенням фактичних і прогнозованих результатів (наприклад: гірше, ніж прогнозувалося; як і прогнозувалося; краще, ніж прогнозувалося). Прикладом таких методик може служити модель «Індикатори результатів» в лікарні Клівленда [7] для оцінки медичної допомоги.

Незважаючи на подібні статистичні поправки на варіації у складі хворих, може залишатися неясним, чи є відмінності, що залишилися, наслідком різниці якості лікування або неадекватності поправок на чинники ризику. Поправка на ризик з найменшою вірогідністю є адекватною, якщо вона визначена на підставі даних, зібраних для адміністративних цілей. Цінність оцінки якості за допомогою результатів може бути обмежена і іншими чинниками. По-перше, для достовірних оцінок потрібні великі вибірки, особливо для таких нечастих результатів, як смерть. По-друге, оцінка результатів все частіше ґрунтується на медичних інформаційних системах типу «чорного ящика», осіб, які знаходяться у веденні обмеженої кількості.

По-третє, деякі результати можуть бути нечутливими до відхилень від стандарту якості медичного обслуговування. Наприклад, смертність - поганий показник якості лікування хворих із судомними нападами, оскільки дуже мала кількість таких хворих помирає, й оскільки майже усі їх смерті можуть бути пояснені, найімовірніше, захворюванням, що лежить в основі нападів, а не низькою якістю медичної допомоги. Хоча якість медичного обслуговування здатна впливати на результати, можна, враховуючи викладене, зробити висновок, що смертність (навіть після поправок) не є надійним показником для судження про якість. Більшість інших показників (окрім смертності) не включені широко в комп'ютерні програми, і багато що з них вимагає суб'єктивної оцінки.

Технологічна (процесно - орієнтована) оцінка ЯМД.

Значна кількість клініцистів вважають сам процес надання медичної допомоги найбільш прямим і цінним засобом оцінки якості: «якісно» - означає правильні дії виконані в потрібний час. Проте, істотне обмеження для оцінки процесу полягає в тому, що мало відомо про оптимальний процес медичної допомоги або про значення відхилень від прийнятих методик лікування.

Тільки малий відсоток методик діагностики і лікування вивчений в епідеміологічних дослідженнях, і ще менше їх число оцінене в рандомізованих клінічних дослідженнях. Навіть результати добре проведених

досліджень часто невизначені, суперечливі або застосовані у дуже обмеженій кількості хворих.

Виключаючи безпосереднє спостереження, що майже завжди непрактично, золотий стандарт оцінки процесу - це вивчення історій хвороби або збір даних за допомогою опитування / анкетування медичних працівників.

Зауважимо, що вартість виділення детальної інформації про процес з історій хвороби часто занадто висока. Крім того, записи медичних працівників часто містять помилки, нерідко є непослідовними або неповними. Деякі ключові аспекти ведення хворого (наприклад, майстерність лікаря в зборі анамнезу, в оцінці даних променевої діагностики, у виконанні тієї або іншої процедури) ніколи не знаходять віддзеркалення в медичній документації [1-2].

При використанні методики вимірювання якості необхідна система простих показників, що здатні зв'язати між собою успіхи в наданні медичної допомоги на усіх етапах з діями конкретних підрозділів і виконавців. Результат медичної діяльності персоналу тісно пов'язаний з безліччю процесів, що визначають, зрештою, якість надання медичної допомоги.

В статистиці варіабельність вимірюється декількома показниками, основою котрих є величина відхилень основних показників якості наданої медичної допомоги або оцінки діяльності медичного персоналу від затвердженого значення (стандарту). Зрозуміло, варіабельність показників повинна мати такий діапазон, що буде оптимальним (за прийнятими критеріями) для конкретного пацієнта.

При цьому знижується вірогідність того, що показник виявиться за межами допуску оптимального технологічного процесу за критеріями своєчасності й адекватності надання медичної допомоги, мірою досягнення очікуваних результатів і безпеки втручань.

Підкреслимо, що в даному кластері оцінку ЯМД роблять за допомогою показників, що відносяться до об'єкта «медична допомога», а не до іншого об'єкта «стан здоров'я». Тому, передусім, вивчають медичну результативність, задоволеність споживача, а при оцінці ефективності ще і витрати.

Для працездатності системи на усіх рівнях повинне здійснюватися планування конкретних результатів діяльності, а для збору необхідної інформації можуть бути використані «Карти оцінки якості і ефективності медичної допомоги» або «Карти експертного контролю якості і ефективності медичної допомоги», анкети для вивчення задоволеності пацієнтів наданими медичними послугами, лікарів роботою допоміжних служб тощо.

Функціонування такої або подібної системи повинно передбачати дотримання декількох умов:

- наявність нормативної вартості (тарифів) медичних послуг;
- можливість підрахунку фактичних витрат;
- постійне планування кінцевих результатів діяльності на місяць, квартал, рік;
- контроль за правильністю планування результатів діяльності;
- дослідження задоволеності пацієнтів медичною допомогою;
- дослідження задоволеності лікарів роботою суміжних (допоміжних) служб;
- складання аналітичних матеріалів з детальним і чітким аналізом;
- залежність фонду оплати праці від досягнутих результатів тощо.

Створення формалізованої мови експертизи стало засобом, за допомогою якого забезпечено єдиний підхід до експертизи ЯМД і можливість спілкування й взаєморозуміння між експертами, а також опису лікарських помилок і реєстрації експертної думки за великою кількістю питань [8]. Ця кількість питань відображає, насамперед, негативний вплив лікарських помилок на стан пацієнта; процес надання медичної допомоги; фінансові, медичні, соціальні ресурси; управління медичним закладом та інше.

Методологічна оцінка ЯМД.

Стрімкий зріст вартості медичної допомоги без адекватного поліпшення її якості і безпеки пацієнтів, робить проблему забезпечення якості медичної допомоги пріоритетною в усьому світі. Нині в охороні здоров'я різних країн методологічно виділяють три основні моделі управління якістю: професійну, адміністративну й індустріальну. Вважаємо за доцільне до цих груп кластера додати ще показники відповідності наданої допомоги існуючим стандартам і протоколам. Отже, і в цьому кластері чотири групи критеріїв.

Професійна модель забезпечення якості передбачає високий кваліфікаційний рівень лікаря, що відповідає прийнятим вимогам, як єдиний гарант якості надаваної цим лікарем допомоги. Адміністрація медичної установи не несе відповідальності за наслідки лікування. Вона лише покликана створювати лікареві необхідні виробничі умови. Оцінка якості медичної допомоги проводиться за допомогою професійної експертизи.

Адміністративна модель забезпечення якості базується на ієрархічному методі управління. В ній широко використовується аудиторський принцип, коли на законодавчому рівні від кожної медичної установи

необхідним є наявність сертифіката і ліцензії державного зразка. Вищими установами організуються регулярні перевірки діяльності закладу із застосуванням методів статистичного аналізу.

Показниками якості служать оптимальне досягнення результату, медична обґрунтованість, відповідність стандартам, низькі значення показників летальності, частоти ускладнень, повторної госпіталізації тощо.

Індустріальна модель передбачає використання адаптованої до умов охорони здоров'я моделі безперервного підвищення якості, запозиченої в індустрії. Серед способів оцінки якості, які використовують, слід виділити такі:

- діаграма Ішикави, що показує взаємозв'язок багатьох факторів, котрі сприяють або перешкоджають отриманню бажаного результату медичної допомоги;
- блок-схема або схема послідовності операцій. Дозволяє графічно представити взаємодію між різними учасниками процесу надання медичної допомоги. На ній видно окремі елементи процесу надання допомоги хворим з вказівкою можливих результатів різних видів лікування;
- діаграма Парето, що допомагає виявити головні причини низької якості роботи і сконцентрувати зусилля на основних напрямках;
- лінійна діаграма. Показує зміни вимірюваних показників якості за часом. Вихід лінії за межі статистично прийнятної діапазону означає необхідність внесення коректив в практику лікування.

Медичні стандарти можуть бути:

1. Структурно-організаційні - це стандарти обсягу медичної допомоги засновані на МКХ, єдиних класифікаторів лікувально-діагностичних і функціональних досліджень, державного реєстру лікарських засобів.
2. Технологічні (процесуальні).
3. Результативні - використовуються для оцінки кінцевих результатів.

Стандарти надають можливість отримання лікувально-профілактичним закладом ліцензії і дозволяють встановити:

- правильність вибору медичної тактики з урахуванням форми, перебігу і тяжкості захворювання;
- нормативи оснащення медичною технікою і устаткуванням;
- вартість медичних послуг.

В основу методологічного підходу до стандартизації покладені такі положення:

1. Єдність і повнота віддзеркалення діагностики і лікування з урахуванням нозології.
2. Віддзеркалення і деталізація варіантів, що припускають кращі кінцеві результати.

3. Можливість багатокритеріальної оцінки.

4. Об'єднання основних і допоміжних медичних послуг.

5. Закріплення прав пацієнта на гарантію необхідного обсягу допомоги у взаємозв'язку з фактичною вартістю медичної послуги.

Слід зауважити, що при дослідженні нових напрямів підвищення якості в медичній практиці слід максимально виключити зовнішні причини відхилень, що допоможе визначити ефективність пропонованої методики.

При дослідженні ефективності нового способу лікування необхідно, щоб усі лікарі, які беруть участь в такому дослідженні, дотримувалися однієї і тієї ж методики. Тільки в цьому випадку отримані результати будуть найбільш надійними [9].

Головною метою діяльності медичних установ і всіх їх підрозділів, що здійснюють свою діяльність по досягненню якості в конкурентному середовищі, є найповніше задоволення запитів споживачів медичних послуг.

Оцінка ЯМД за окремими критеріями.

З найменування кластеру випливає, що об'єднуються всі показники, необхідні для оцінки конкретних дій. Система загального покращення якості передбачає використання різних статистичних методів. Відповідно і критеріїв може бути дуже багато.

Нижче наведені ті з них, що зустрічаються найчастіше.

Соціальний підкластер включає:

- задоволеність пацієнтів, лікаря, медичного працівника;
- створення гуманних умов хворому в термінальній стадії захворювання;
- міра соціальної (соціально-економічної) адаптації пацієнта.

Так званий «Експертний» підкластер включає:

- порушення договірних обсягів медичної допомоги застрахованим громадянам;
- скарги і заяви застрахованих громадян, страховальників, відділів захисту прав споживачів тощо на порушення договірних зобов'язань при наданні медичної допомоги;
- відхилення від нормативів витрат на забезпечення пацієнтів лікарськими засобами, виробами медичного призначення і дієтичним харчуванням, встановленим на певний час недотриманням правил і умов безпеки при наданні медичної допомоги застрахованим громадянам;
- випадки повторних госпіталізацій;
- летальні результати в працездатних вікових групах;

- формування нових патологічних синдромів або станів у пацієнтів у процесі надання медичної допомоги і як її наслідок;

- терміни лікування, що перевищують стандартні на 30% і більше.

Лікувальні і діагностичні дефекти надання медичної допомоги об'єднують у «Виробничий» підкластер:

- несвоєчасна діагностика захворювань, неадекватне лікування;

- необгрунтовано тривале перебування пацієнта в приймальному відділенні без надання належної медичної допомоги, недіагностовані захворювання;

- проведення не призначених (не показаних) лікувальних маніпуляцій.

Організаційні дефекти надання медичної допомоги:

- транспортування нетранспортабельних хворих;

- відсутність спадкоємності при наданні допомоги хворим з отруєннями невідомою отрутою, патологією вагітності і пологів, хірургічною патологією;

- недостатній рівень організації переливання крові та її препаратів.

Отже, пропонується така класифікація критеріїв і показників ЯМД.

Кластер 1. Інтегральна оцінка (суб'єктно-орієнтована модель) ЯМД.

Критерії: 1) оцінка стану здоров'я (кількісні показники рівня здоров'я); 2) оцінка тяжкості стану (кількісні показники обсягу допомоги); 3) оцінка ризику й ідентифікація загрози виникнення ускладнень або рецидивів захворювання (показники факторів ризику та самі ризики); 4) загальна професійна оцінка якості медичної допомоги (показники одужання).

Кластер 2. Технологічна оцінка (процесно-орієнтована модель) ЯМД.

Критерії: 1) оцінка індикаторів (показники процесу та результатів його впровадження); 2) оцінка трендів (статистичні показники), оцінка факторів впливу (показники дієвості ресурсів); 4) оцінка організаційних змін (показники результативності).

Кластер 3. Методологічна оцінка (об'єктно-орієнтована модель) ЯМД.

Критерії: 1) професійна оцінка (показники професійної експертизи); 2) адміністративна оцінка (статистичні показники); 3) індустріальна оцінка (інтегральні показники); 4) еталонна оцінка (показники відповідності наданої допомоги існуючим стандартам і протоколам).

Кластер 4. Оцінка ЯМД за окремими додатковими критеріями.

Критерії: 1) соціальна оцінка (показники задоволеності); 2) експертна оцінка (індивідуальні показни-

ки); 3) оцінка дефектів надання ЯМД (показники дефектури надання медичної допомоги); 4) оцінка локальних умов (показники внутрішньолікарняної ефективності).

В результаті маємо *квадрупольну модель* відображення процесу надання медичної допомоги.

Математичне моделювання процесів оцінки ЯМД.

Аналіз лікарських помилок і негативних впливів на ЯМД повинен супроводжуватися спеціально створеною семантикою експертної мови і проходити з дотриманням традиційних принципів клінічного розбору, що сприяють розвитку професійного мислення.

Реальна клінічна ситуація оцінюється за допомогою формалізованого експертного протоколу, в який входить як алгоритм експертизи, так і формалізований варіант «ув'язнення» експерта з вказівкою на лікарські помилки, їх вплив на результат захворювання і витрачання ресурсів медичного закладу. За даними експертного «ув'язнення» робляться конкретні пропозиції для адміністрації.

Зупинимося на спеціальних програмних засобах. Вони дають можливість застосовувати технологію комп'ютерного оцінювання ЯМД для вирішення таких завдань:

- реєстрація лікарських помилок, опис їх змісту й обґрунтування експертної думки;

- архівація даних і порівняння змісту експертиз;

- коригування результатів власної експертної роботи;

- формулювання змістовних і якісних експертних протоколів;

- освоєння технології експертизи будь-яким лікарем, незалежно від його спеціальності і посади;

- самостійна або за участю іншого фахівця оцінка власного рівня лікарської або експертної кваліфікації;

- самостійне або за участю іншого фахівця підвищення кваліфікації.

Технології комп'ютерного оцінювання ЯМД відкривають нові можливості отримання інтегрованих результатів оцінки ЯМД. При порівнянні з іншими методами оцінки ЯМД можемо зробити висновок про їх не антагоністичність ні способу експертизи ЯМД за відхиленнями від стандартів, ні будь-якому іншому методу експертизи, і може застосовуватися в комплексі з ними.

Порівняно з даними, отриманими з медичних записів, комп'ютеризовані адміністративні дані - набагато дешевше, але більш обмежене джерело інформації для оцінки процесу. Очевидно, не слід дивуватися тому, що найбільш надійно записані аспекти

ти лікування в адміністративних базах даних стосуються процедур (наприклад, деякі скринінгу і профілактики), котрі вимагають особливого фінансування, і з усе зростаючою частотою - до лікарського забезпечення.

Оскільки з комп'ютеризованих даних неможливо встановити, чи було лікування адекватним у певного хворого, то показники, отримані на підставі подібних даних, можуть застосовуватися тільки для груп хворих (наприклад, відсоток дітей у певному медичному закладі, які пройшли діагностичне ультразвукове дослідження). Більш того, оцінка процесу за допомогою адміністративних даних представляє малу і не обов'язково репрезентативну фракцію наданої медичної допомоги.

Вченими Єльського університету в кінці 70-х років була розроблена класифікація, що ґрунтується на багатовимірному аналізі клініко-статистичної інформації. Одиницею її виміру є діагностичні (diagnosis related group - DRG) або клініко-статистичні групи (КСГ), що формуються з урахуванням основного діагнозу, ускладнень, супутніх захворювань, профілю допомоги і віку хворого.

Використання КСГ полегшує здійснення контролю якості, робить можливим функціонально-вартісний аналіз медичної допомоги, створює умови для оцінювання взаємозв'язку між станом здоров'я й якістю медичного обслуговування.

Останнім часом у всьому світі все більше застосування знаходять процесно-орієнтовані системи на основі ARIS Toolset (Architecture of Integrated Information System), що дозволяють повністю автоматизувати процеси управління якістю медичної допомоги шляхом оцінювання адекватності показників якості окремих етапів серед процесів надання медичної допомоги.

Література

1. Мінцер О.П. Оцінювання якості медичної допомоги: стратегія, логіка і реальне втілення 2009 / О.П.Мінцер, Л.І.Усенко, Т.П.Іванова // Медичні перспективи. - 2010. - Т. XV, - № 1. - С. 139.
2. Апанасенко Г.Л. Охрана здоровья здоровых: постановка проблемы в Украине и России / Г.Л. Апанасенко // Укр. мед. часопис. - 2009. - № 4. - С. 122 - 124.
3. Современная клиническая практика в свете доказательной медицины / О.П. Минцер // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2005. - № 2. - С. 95-99.
4. Управление ЛПУ в современных условиях 2009-2010 гг. /

Очевидно, що використовуючи загальні принципи підтримки і покращення якості в медичному закладі слід впроваджувати програми:

- створення обстановки, що сприяє активній участі всього персоналу в процесі навчання і спільної роботи;
- визначення пріоритетів, розробки системи заохочень за досягнуті результати;
- створення системи інформації, що дозволяла б отримувати усі необхідні відомості;
- пошук нових можливостей для покращення якості;
- планування і розподіл роботи так, щоб максимально використовувати знання і досвід персоналу.

За допомогою комп'ютерних програм також здійснюється аналіз і сортування реєстрів за класифікатором відхилень, що включає декілька параметрів:

- відхилення від стандартів якості за тривалістю лікування;
- відхилення від стандартів вартості лікування;
- відхилення від стандартів результату лікування (страхового випадку).

Висновки. Наука оцінювання якості робить перші кроки. Хоча вона має великий потенціал, але для того, щоб її методики стали ефективними у покращенні здоров'я окремих людей і населення в цілому, необхідні подальші зусилля в декількох напрямках. Ці зусилля мають бути спрямовані на розробку розумної концептуальної структури методик, на розробку і перевірку вдосконалених способів оцінювання якості.

Необхідна інтеграція зусиль з оцінювання якості праці, спрямованої на вдосконалення медичного обслуговування, - як в кожній окремій установі, так і в масштабах галузі. Слід також звертати увагу на вклад методик з оцінювання якості у здоров'я населення: їх користь повинна виправдовувати витрати.

- под ред. акад. РАМН В.И. Стародубова. - Менеджер здравоохранения, 2010. - 210 с.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // Milbank. Mem. Fund., 1996. - V 44. - P. 153 - 166.
 6. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - № 1. - С. 5 - 12.
 7. Іванова Т.П. Оцінка моделі якості надання медичної допомоги дітям / Т.П. Іванова // Современная педиатрия. - 2009. - № 6 (28). - С. 44 - 47.
 8. Woolf S.H. The need for perspective in evidence-based medicine. - JAMA. - 2009. - 282. - P. 2358-2365.