

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

РЕФЕРАТ

**“Оцінка контролю якості в медичному закладі
на принципах клінічного аудиту”**

**Кафедра менеджменту охорони здоров'я
Національного медичного університету
імені О.О. Богомольця**

**Курсант-виконавець:
Тищик Людмила Олександрівна**

Передатестаційний цикл

КИЇВ – 2013

ПЛАН

ВСТУП	сторінка 3-4
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ І ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ	5-7
РОЗДІЛ 2. КЛІНІЧНИЙ АУДИТ	8
2.1. Періодичний моніторинг і оцінка якості	9-10
2.2. Етапи клінічного аудиту	11-17
РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ	18-19
ВИСНОВКИ	20
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	21-22

ВСТУП

Німецький філософ **А. Шопенгауер** писав: *«Здоров'я настільки перевищує усі інші блага життя, що воістину здоровий жебрак— щасливіший, ніж хворий король».*

В Україні забезпечення населення якісною медичною допомогою є одним із головних напрямів державної політики охорони здоров'я, життя, збереження генофонду українського народу (**Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, 2000 р.**).

Сучасний світовий досвід з питань управління якістю в охорони здоров'я свідчить, що значного прогресу в розвитку системи можна досягти завдяки застосуванню методу загального (всеосяжного) управління якістю - *total quality management (TQM)*, тобто комплексу підходів до якості, ефективності та управління.

Існуючі моделі державного регулювання надання медичних послуг по-різному інтегрують суб'єктів і об'єктів цього процесу (лікарів, пацієнтів, адміністраторів, менеджерів лікувальної справи, науковців тощо), але мета їх використання – єдина і полягає в реалізації охороноздоровчої політики держави на засадах дієвого контролю якості медичного обслуговування населення і його доступності, доцільного реформування галузі, залучення інвесторів і благодійних фондів.

Якість (Quality)- сукупність властивостей і характеристик продукції, які надають їй здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби. [4].

«Якість-внутрішня визначеність речі, тотожна свого буття». Гегель

У Програмі економічних реформ на 2010 – 2014 роки *"Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава"* зазначено: головною метою реформи медичного обслуговування є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості. [2].

ЗАВДАННЯ:

- впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних

протоколів) надання медичної допомоги на засадах доказової медицини; розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення економічної мотивації для підвищення якості медичного обслуговування [15].

Ефективність і чіткість функціонування всіх ланок поліпшення якості медичної допомоги можливі тільки при узгодженій їх взаємодії. Тому керівні органи охорони здоров'я державного і територіального рівнів, лікарські асоціації, учбові заклади, що здійснюють підготовку і післядипломне навчання медичних кадрів, медичні заклади повинні керуватися єдиною стратегією та концептуальними підходами до поліпшення якості медичної допомоги. [1].

Для України в контексті удосконалення управління якістю медичної допомоги пріоритетними є вимоги, визначені *стратегією ВООЗ та ЄС*, а саме:

- доступність
- безпечність;
- ефективність;
- орієнтованість на пацієнта;
- вчасність;
- раціональність.

Основним завданням закладів охорони здоров'я та медичних працівників є забезпечення ефективної, безпечної та результативної медичної допомоги, її відповідність потребам окремого споживача послуг.

Для вдосконалення медичної допомоги постачальникам медичних послуг потрібно відповісти на три питання:

1. Що ми намагаємося досягти?
2. Які зміни ми можемо впровадити для досягнення вдосконалення?
3. Як ми дізнаємося, що впроваджені вдосконалення призвели до покращення?[5].

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМИ УПРАВЛІННЯ І ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

За даними ВООЗ, однією з трьох фундаментальних цілей системи охорони здоров'я в світі (2000 р.) визначено поліпшення стану здоров'я населення, при цьому підкреслюється, що система охорони здоров'я має значний потенціал впливу на здоров'я населення[1].

У глобальній стратегії Європейського регіонального бюро ВООЗ *«Здоров'я 21 – здоров'я для всіх в 21-ому столітті»* сформульоване завдання щодо розробки і впровадження в усіх країнах національних механізмів для забезпечення безперервного моніторингу удосконалення якості медичної допомоги (ЯМД).

Метою інноваційних перетворень у системі ОЗ є створення ефективних механізмів забезпечення ЯМД шляхом системної перебудови галузі ОЗ та формування інформаційно-методологічної доктрини розвитку якості ОЗ..

Серед вітчизняних науковців сучасні принципи та шляхи вдосконалення ЯМД в контексті стандартизації розглядали в своїх роботах Пономаренко В., Зіменковський А., Степаненко А., Лехан В. [7,8,9,10,11].

Адміністративно-командний підхід до забезпечення якості у системі ОЗ, заснований на принципах контролю та покаранні винних, не відповідає сучасним умовам функціонування галузі та має поступитись місцем підходу, що базується на принципі управління процесом та безперервного покращання якості. Як зазначено в **Концепції**[3] пріоритетним є розробка та затвердження медико-технологічних документів надання МД на принципах ДМ та відміна чинності документів, що не відповідають зазначеним принципам.

Підходи до змістовних компонент та удосконалення ЯМД постійно змінюються залежно від рівня розвитку суспільства, в т.ч. його економіки, системи ОЗ, національних пріоритетів і цінностей, пріоритетності концепції якості на певному етапі розвитку суспільства та національної системи ОЗ. Задовольнити потреби всіх зацікавлених сторін в процесі надання МД –

завдання складне і його рішення можливе завдяки розробці чіткої системи управління якістю[6].

Запропонований Дж. Демінгом (1994) метод вибіркового статистичного контролю опирався на системний підхід до якості, що відомий як

«Цикл Демінга», або PDCA (*Plan, Do, Check, Actin*) – ПВПД (План, Виконання, Перевірка, Дія) [16].

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

Впровадження **циклу ПВПД** дозволяє медичним працівникам застосувати в ЗОЗ нові розробки з метою удосконалення роботи, навчатися на прикладах як вдалих, так і невдалих нововведень. Автори цієї концепції вважають, що переважна більшість працівників бажають працювати як найкраще, 85- 95% усіх помилок у роботі припускається в результаті збоїв у самій системі, а не через помилки окремих виконавців. Основний напрямок цієї програми стосується запобігання негативних результатів, а не ретроспективного спостереження і виправлення «постфактум». **Концепція** передбачає досягнення позитивних результатів завдяки аудиту і удосконалення процесів, а не способу контролю і покарання окремих працівників[6].

Основні причини виникнення зазначених проблем:

- ✓ відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на їх фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці;
- ✓ низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної

допомоги у структурі медичних послуг;

- ✓ неефективне використання бюджетних коштів на охорону здоров'я. Має місце дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, відсутні механізми управління потоками пацієнтів по рівнях надання медичних послуг; 86 % бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання закладів охорони здоров'я та оплати праці лікарів;
- ✓ низька самостійність закладів охорони здоров'я при використанні фінансових ресурсів;
- ✓ уповільнений перехід до розробки медико-технологічних документів надання медичної допомоги (адаптації клінічних настанов, створення медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги та локальних клінічних протоколів медичної допомоги) на засадах доказової медицини відповідно до затвердженої МОЗ України уніфікованої методики[6].

Сучасними інструментами управління системою забезпечення якості медичної допомоги є стандартизація медичної допомоги (клінічні настанови, стандарти, протоколи) та клінічний аудит. Впровадження позицій управління якістю медичної допомоги в практичну діяльність закладу охорони здоров'я, потребує застосування клінічного аудиту як інструменту оцінки якості медичної допомоги, механізму удосконалення надання медичної допомоги населенню, засобу стимулювання професійної діяльності лікарів та медичних сестер.

Для ефективного підвищення якості та безпеки медичної допомоги в Україні необхідна розробка та послідовна реалізація стратегії управління якістю медичного обслуговування на регіональному рівні, яка б передбачала створення програм безперервного підвищення якості МД, які застосовуються на різних рівнях ОЗ та в яких задіяні різні категорії медичних працівників; створення системи моніторингу якості медичної допомоги та задоволеності населення медичним обслуговуванням; впровадження клінічного аудиту на всіх рівнях надання медичної допомоги[6].

РОЗДІЛ 2. КЛІНІЧНИЙ АУДИТ

Аудит (перевірка) якості (Quality audit) -систематичне незалежне дослідження для встановлення того, чи відповідають планам діяльність в сфері якості і отримані результати, наскільки ефективно реалізуються дані плани і чи підходять вони для досягнення поставлених цілей [4].

Аудит – отримання об’єктивних доказів виконання встановлених вимог протоколів медичної допомоги, стандартів акредитації, інших нормативів та інструкцій, що регламентують будь-який процес. Нормативна база - ДСТУ ISO 19011:2003 «Настанови щодо здійснення аудитів систем управління якістю і (або) екологічного управління»

Аудит:

- зовнішній (перевірка на дотримання стандартів державної акредитації)
- внутрішній (власними силами установи)
- горизонтальний
- вертикальний
- комплексний

Цільовими завданнями **внутрішнього аудиту** закладу охорони здоров’я можуть бути встановлення та оцінка:

- результативності та ефективності функціонування процесів (лікувально-діагностичного, забезпечення ресурсами, моніторингу, вимірювань, оцінки та поліпшування);
- результативності та ефективності використання ресурсів для забезпечення функціонування процесів;
- відповідності очікувань пацієнтів щодо результатів діагностики та лікування;
- ефективності управління запобіжними несприятливими подіями та безпекою пацієнтів/співробітників;
- дотримання прав пацієнта;
- адекватності і точності вимірювання показників якості;
- ефективності впровадження інновацій.

2.1.Періодичний моніторинг і оцінка якості

Клінічний аудит - процес поліпшення якості медичної допомоги за допомогою систематичної перевірки наданої медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв і з подальшим внесенням змін. На основі перевірки і ретроспективної оцінки елементів структури, процесу і результату медичної допомоги визначаються необхідні для підвищення якості перетворення на індивідуальному, колективному або організаційному рівнях. Подальший проспективний моніторинг підтверджує або спростовує доцільність змін медичної допомоги [4].

Клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів медичної допомоги пацієнтам через систематичний її перегляд у порівнянні до детальних критеріїв та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. Складові структури, процесу та результату медичної допомоги відбираються та систематично оцінюються. Необхідні зміни впроваджуються на індивідуальному, командному або інституційному рівні надання медичної допомоги [5].

Клінічний аудит(КА) ставить запитання:

«якою є наявна клінічна практика у порівнянні з передовою клінічною практикою?». Він зазвичай провадиться постачальником послуг, не дослідниками, та не має на меті використання жодних абсолютно нових способів лікування чи терапії лікування плацебо. У той же час, має на меті вдосконалення послуг. Результати КА не можуть використовуватися у інших умовах практики, оскільки вони завжди відповідають певній групі пацієнтів або певним умовам практики.

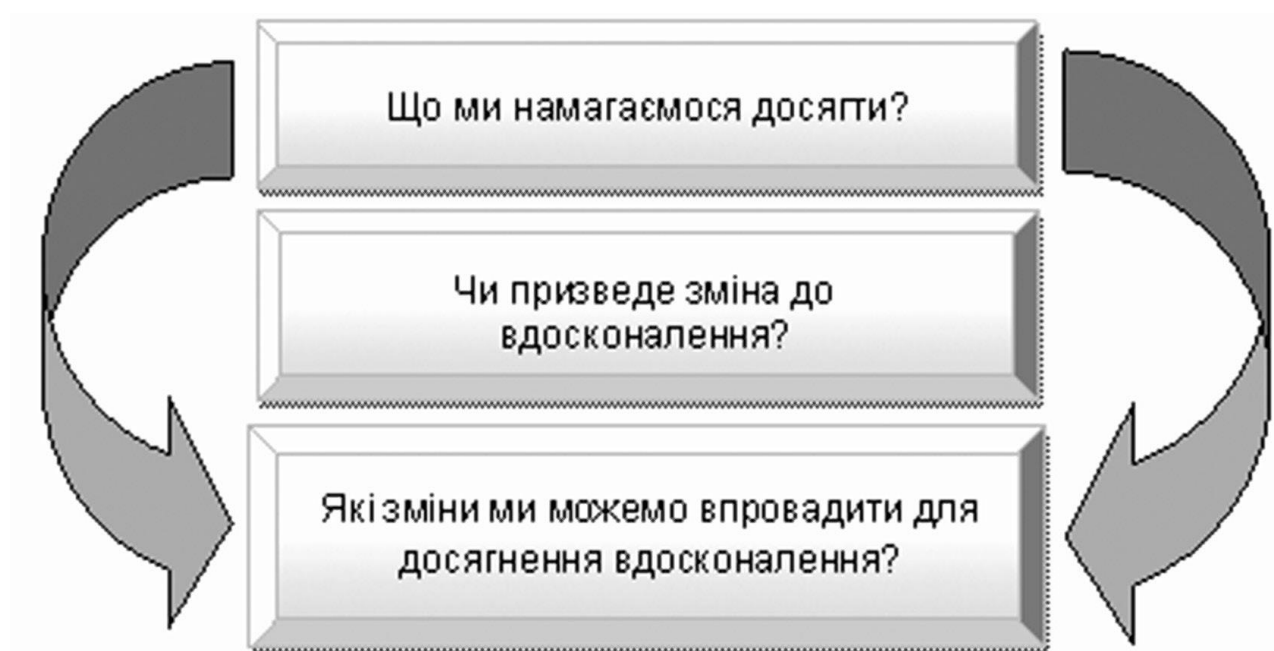
За допомогою **клінічного аудиту** можна:

- ✓ відстежити процеси діагностики, лікування та догляду за пацієнтами,
- ✓ використані ресурси
- ✓ вплив допомоги на результат і якість життя пацієнта.

Клінічний аудит є процесом вдосконалення якості, що спрямований на покращення догляду за пацієнтами та результатів через:

- систематичний перегляд допомоги у порівнянні до детальних критеріїв, отриманих із рекомендацій або бюлетенів клінічних стандартів
- впровадження змін там, де допомога або результати не досягають очікуваного рівня
- проведення повторного аудиту, для забезпечення підтримки змін.

Класична модель вдосконалення якості повинна відповідати на три ключові питання, які можна розташувати у будь-якій послідовності:



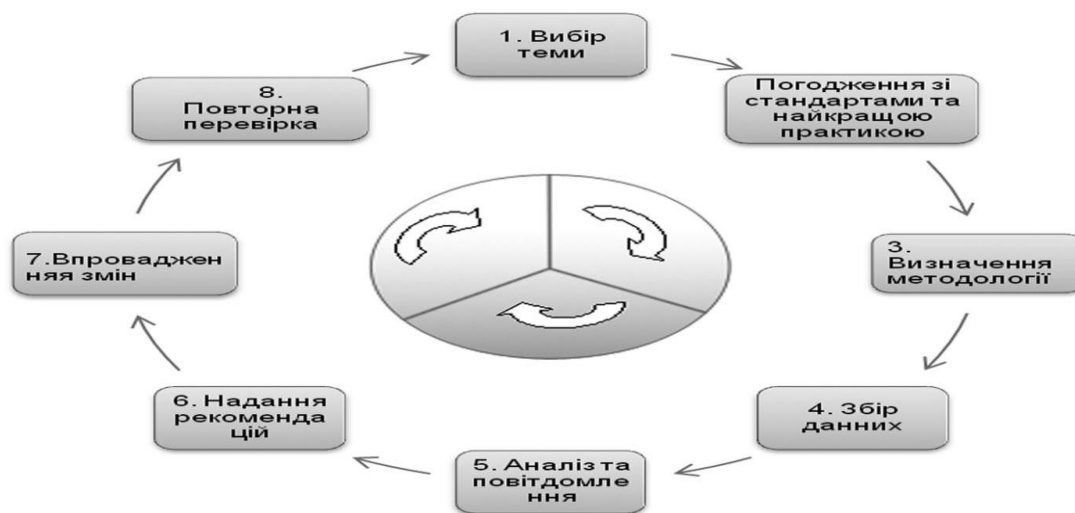
Малюнок 2.1 Класична модель вдосконалення якості.

Клінічний аудит може провадитися індивідуально медичним персоналом, або групами медичних працівників у моно- або мультидисциплінарних командах. Проект клінічного аудиту може охоплювати всі медичні послуги які надаються у регіоні або, навіть, у країні. Здебільшого клінічний аудит провадиться на місцевому рівні у відповідь на місцеві потреби:

- індивідуально медичними працівниками
- групами медичних працівників у моно- або мультидисциплінарних командах.

2.2. Етапи клінічного аудиту:

1. Вибір теми
2. Погодження стандартів передової практики
3. Визначення методології
4. Виконання дослідження та збір даних
5. Аналіз та звітування
6. Внесення рекомендацій
7. Впровадження змін
8. Повторний аудит



Малюнок 2.2 Етапи клінічного аудиту

Крок 1. Підготовка до аудиту

Важливим компонентом **завдань** на підготовчому етапі КА є створення необхідних структур (моно- або мультидисциплінарних команд), навчання персоналу та залучення у цей процес споживачів. Навчання медичних працівників повинне проводитися постійно у формі лекцій, презентацій, круглих столів, дискусій, організацій тренінгів, які б допомагали фахівцям придбати необхідні навички для проведення КА[5,6].

Підготовку до аудиту розділемо на п'ять частин:

- вибір теми
- визначення цілі аудиту
- розроблення відповідної структури, навчання

- визначення необхідних навичок та людей, необхідних для проведення аудиту, організація тренінгів для медичних працівників з метою заохочення їх до участі

- залучення користувачів у процес (включно із пацієнтами, іншими користувачами послуг та персоналом, що забезпечують догляд, а тож членам груп та організацій, що представляють їхні інтереси)

Вибір теми

Наступні питання можуть бути корисними у визначенні тем для аудиту:

- Чи пов'язана обрана тема із високими витратами, великим об'ємом або ризиком для персоналу чи споживачів?

- Чи існують докази наявності серйозної проблеми з якістю, наприклад, високий відсоток ускладнень?

- Чи існує надійна доказова база, наприклад, систематичні огляди або національні клінічні рекомендації?

- Чи відбудеться зміна після проведення клінічного аудиту?

- Чи відповідає тема національній державній стратегії ?

На цьому етапі потрібно проаналізувати і порівняти надання МД згідно стандартів і КП з фактичним станом надання МД за цим класом хвороб у ЗОЗ. Після того, як будуть розглянуті всі можливі інформаційні джерела, запропоновані теми потрібно розташувати у системному порядку згідно їх пріоритетності [5,6].

Визначення мети:

Тільки за умови правильного визначення цілі та її єдине розуміння усіма учасниками аудиту, проект досягне бажаного результату.

Забезпечення необхідних структури, навчання та залучення

Для посилення позитивного впливу аудиту, закладу необхідна структурована програма аудиту, яка буде включати сильну робочу групу, ефективні механізми отримання відгуків та обміну даними відносно аудиту. Ще одним невід'ємним елементом ефективного виконання клінічного аудиту є наявність кваліфікованої команди аудиту учасники якої володіють наступними навичками:

- проектне лідерство, організація проекту , управління проектом
- надання клінічних, управлінських та інших послуг
- командне лідерство
- швидка процедура експертизи методів аудиту
- навички управління змінами
- навички збору та аналізу даних.

Залучення споживачів у процес:

Ключовий аспект будь-якого проекту клінічного аудиту повинен бути сфокусований на пацієнтах. Споживачі можуть бути повноцінними співучасниками, а не тільки джерелами даних. Найбільш вживаний метод залучення пацієнтів у клінічному аудиті – є опитування відносно рівня задоволеності.

Крок 2. Вибір індикаторів

В рамках клінічного аудиту індикатори використовуються для оцінки якості наданої у закладі допомоги. Складові структури, процесу та результату допомоги відбираються і систематично оцінюються відповідно до чітких критеріїв, які можна класифікувати таким чином:

- структура (що потрібно);
- процес (що робиться);
- результат допомоги (що очікується отримати).

Індикатори структури містять дані про кількість персоналу та перелік навичок, організаційну структуру, забезпечення обладнанням і витратними матеріалами, площею робочих приміщень. Індикатори структури кількісно оцінюють:

- Умови надання медичної допомоги;
- Адекватність фінансування та використання фінансових ресурсів;
- Технічну оснащеність та ефективність використання обладнання;
- Чисельність та кваліфікацію кадрів;
- Інші ресурсні компоненти

Обрання теми клінічного аудиту також відноситься до індикатору структури.

Індикатори процесу: відображають дії та рішення, прийняті лікарями разом із споживачами послуг. До них відносяться:

- комунікація (обмін інформацією),
- навчання (тренінги),
- дослідження,
- призначення ліків,
- хірургічні та терапевтичні втручання,
- оцінювання
- документація.

оцінюють:

- Правильність ведення пацієнтів у визначених клінічних ситуаціях,
- Кількість обраних для моніторингу індикаторів залежить від складності завдання;
- Чим більше індикаторів, тим більший аналіз даних і більша кількість часу роботи спеціалістів на його проведення;
- Світова практика – моніторинг захворюваності з найбільшою питомою вагою у структурі смертності конкретної країни.

Індикатори процесу є більш чутливими виміром якості медичної допомоги, важливість індикаторів процесу визначається тим, яким чином вони впливають на результати.

Індикатори результату можуть відображати рівень доступності медичної допомоги (наприклад час огляду або наявність спеціаліста, який повинен провести огляд пацієнта) або оцінювати наслідки медичної допомоги (тобто зниження кров'яного тиску після терапії). Можуть також використовуватись більш прямі індикатори результату, як наприклад: індикатори смертності, частота ускладнень або індикатори виживання.

Крок 3. Оцінювання показників діяльності

Збір даних є основою для оцінювання показників діяльності.

Ключовим питанням оцінювання показників діяльності є послідовність. Яке б джерело даних не використовувалося, дані повинні бути зібрані та оцінені

однаково. Оскільки дані часто зберігаються у декількох базах даних, можна визначити різні джерела збору інформації. Одним із джерел можуть бути медична документація пацієнтів (амбулаторна карта хворого або історія хвороби стаціонарного хворого). Дані можуть зберігатись на папері або у електронній формі, взяті з різних відділень або закладів. Аналіз повинен бути якомога простішим та висновки повинні бути представлені просто та чітко.

Використання інформаційних технологій є важливим елементом у процесі збору даних. Електронні інформаційні системи можуть сприяти проведенню клінічного аудиту шляхом: покращення доступу до досліджених доказів; ідентифікації користувачів; збору даних; отримання інформації з медичних карток; а також дає можливість внесення змін чи виправлень до систем допомоги.

Коли інформація збирається безпосередньо від пацієнтів, аудитори повинні пояснювати, чому потрібна така інформація та як її використовуватимуть і лише тоді просити згоди пацієнта. Якщо інформацію отримують із медичної документації, то потрібно отримати згоду пацієнта на використання його даних, або зробити цю інформацію анонімною.

Крок 4. Впровадження вдосконалень

Для проведення якісного клінічного аудиту заклад повинен:

- ✓ розробити структуровану програму із чітко визначеними реалістичними цілями та завданнями;
- ✓ призначити ефективне керівництво та лідерство;
- ✓ забезпечити участь всього персоналу;
- ✓ базуватись на командній роботі та підтримці.

Для успішного аудиту, заклади потребують створення сприятливого середовища. Командна робота та використання розмаїття спеціальних методів є найбільш ефективними інструментами для успішного клінічного аудиту.

Процес впровадження вдосконалень вимагає чітко визначених змін, які засновані на доказах, та являються легко зрозумілими для персоналу.

Методи впровадження, які обиратимуться, повинні відповідати конкретним обставинам, самим змінам, а також перепонам, які потрібно подолати. Потрібно розробити **план** для координації процесу надання медичної допомоги та моніторинг самого втручання /процесу. План повинен описувати послідовність у якій здійснюється впровадження, персонал та ресурси, необхідні для їх виконання, а також цільові групи. Успішний *клінічний аудит* повинен включати:

- незаперечне лідерство
- сприятливе/підтримуюче організаційне середовище
- структурну та системну підтримку аудиту, включно із механізмами полегшення збору даних
- добре керовану програму аудиту з чітко визначеною системою
- систему сповіщення лікарів відносно цікавих для них питань
- приділення адекватної уваги всім стадіям аудиту

Крок 5. Підтримка вдосконалень

Вдосконалення результатів роботи є першочерговим завданням аудиту.

Будь-який системний підхід до внесення змін у професійну практику повинен мати плани для:

- моніторингу та оцінювання змін
- підтримки та посилення вдосконалення

Моніторинг та оцінка змін. Моніторинг здійснюється за допомогою індикаторів процесу. Заклади повинні звернути особливу увагу *на персонал*, який буде здійснювати моніторинг, розробити навальну програму для правильного моніторингу індикаторів.

Впровадження вдосконалення допомоги є частиною *клінічного аудиту* та потребує моніторингу, оцінювання, підтримки та посилення середовища у якому здійснюється впровадження. За можливості, потрібно використовувати вже відомі, засновані на доказах, джерела рекомендацій щодо вибору індикаторів клінічної ефективності. Аудит помилок, небажаних випадків та вагомих подій також можна використовувати для безперервного моніторингу.

Підтримка та посилення вдосконалення. Для підтримки вдосконалення, клінічний аудит повинен підтримуватися трьома основними чинниками:

- посилення або мотивація, які впроваджуються керівником для підтримки безперервного циклу вдосконалення якості
- інтеграція аудиту задля розширення системи вдосконалення якості організації
- сильне керівництво.

Для того, щоб результати від проведення клінічного аудиту зберігались тривалий час, вони повинні підтримуватись шляхом:

- вироблення стратегії, що визначить напрям діяльності та розробка реалістичного плану вдосконалення якості
- розробка спеціальної інформаційної системи, що забезпечить надання достовірної інформації про організацію, дозволяючи прийняття правильних рішень.

Заклади мають базуватись на трьох основних рекомендаціях, які визначають бачення, сталість та управління:

- бажаний кінцевий результат, або бачення, повинен бути чітко сформульованим. Для його досягнення необхідно співпрацювати із зовнішніми організаціями, які будуть надавати підтримку організаційним змінам;
- керівник проекту повинен мати ознаки лідера та виказувати справжню відданість та зацікавленість у впроваджуваних змінах;
- скрупульозно вивчати всі деталі та інформації, яка отримується. Лише при ретельному спостереженні та вивченні матеріалів, процес клінічного аудиту буде успішним та досягне поставлених цілей[5,6].

Клінічний аудит робить значний внесок у вдосконалення якості медичної допомоги. Клінічний аудит—це аналіз, оцінка медичної діяльності, ефективності її організаційної структури та перевірка відповідності лікувально-профілактичної діяльності персоналу ЗОЗ та амбулаторно-поліклінічної ланки правилам, стандартам та нормативам[5].

РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

Система управління якістю – це система управління в межах загальної системи управління організацією для спрямування та контролювання діяльності стосовно якості, з метою задоволення, залежно від обставин:

- потреб, очікувань та вимог усіх зацікавлених сторін
- визначення процесів, які сприяють створенню продукції /послуги, прийнятної для замовника
- керування процесами (ДСТУ ISO 9000:2007)



Мал.3 Модель системи управління якістю медичної допомоги на основі процесного підходу (за ДСТУ ISO 9001:2009, ДСТУ IWA 1:2007) [20].

Моніторинг, виміри, оцінка і аналіз якості медичної допомоги

Моніторинг:

- ✓ постійний - в режимі реального часу
- ✓ періодичний - *внутрішній аудит* (ДСТУ ISO 19011:2003

«Настанови щодо здійснення аудитів систем управління якістю і (або) екологічного управління»), *самооцінка* (ДСТУ IWA 1:2007)

Виміри: шляхом застосування статистичних методів

Оцінка: шляхом порівняння даних вимірів і планових показників якості з представленням результатів у показниках співвідношення

Аналіз: визначення причин невідповідностей, виявлених за результатами оцінки

ВИСНОВКИ:

Для впровадження в Україні сучасної системи управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації та клінічного аудиту потрібно провести організаційні та структурні зміни в системі ОЗ на державному рівні. Необхідно створити такі умови, щоб у покращенні ЯМД були зацікавлені керівники ЗОЗ, лікарі та інший медичний персонал.

Головною сучасною тенденцією в процесі вдосконалення якості медичної допомоги є перехід до комплексного забезпечення якості на всіх етапах надання медичної допомоги – профілактики, діагностики, лікування, подальшого нагляду за хворими – від роздрібненого аналізу окремих етапів та лікарських втручань.

Для підтримки вдосконалення, **клінічний аудит** повинен підтримуватися трьома основними чинниками:

- посилення або мотивація, які впроваджуються керівником для підтримки безперервного циклу вдосконалення якості
- інтеграція аудиту задля розширення системи вдосконалення якості організації
- сильне керівництво.

Для того, щоб результати від проведення клінічного аудиту зберігались тривалий час, вони повинні підтримуватись шляхом:

- вироблення стратегії, що визначить напрям діяльності та розробка реалістичного плану вдосконалення якості
- розробка спеціальної інформаційної системи, що забезпечить надання достовірної інформацію про організацію, дозволяючи прийняття правильних рішень.

Для здійснення закладами стабільної та результативної роботи під час проведення аудиту заклад повинен звертати увагу на сферу організаційного розвитку:

- наявність культури, що буде забезпечувати підтримку ідей вдосконалення якості з боку спільних цінностей та переконань в організації;

- організація тренінгів персоналу, для правильно збору та аналізу даних;
- організаційна структура, яка швидко та ефективно координує та контролює роботу з вдосконалення якості.

З огляду на цей процес вдосконалення якості, заклади мають базуватись на трьох основних рекомендаціях, які визначають бачення, сталість та управління:

- бажаний кінцевий результат, або бачення, повинен бути чітко сформульованим. Для його досягнення необхідно співпрацювати із зовнішніми організаціями, які будуть надавати підтримку організаційним змінам;
- керівник проекту повинен мати ознаки лідера та виказувати справжню відданість та зацікавленість у впроваджуваних змінах;
- скрупульозно вивчати всі деталі та інформації, яка отримується. Лише при ретельному спостереженні та вивченні матеріалів, процес клінічного аудиту буде успішним та досягне поставлених цілей.

Стандартизація організаційних технологій на основі міжнародних стандартів ISO серії 9000 та їх вітчизняних аналогів дозволить виконати необхідні завдання і функції керівникові закладу охорони здоров'я в сфері управління якістю:

- планування якості з застосуванням методів проектування і моделювання процесів;
- забезпечення виконання технологій ресурсами за умови їх раціонального використання;
- оперативного управління якістю шляхом регулярного і періодичного моніторингу лікувально-діагностичного і допоміжних процесів, вимірювання і оцінки отриманих даних, аналізу причин відхилень від запланованих показників;
- своєчасного здійснення коригувальних заходів в разі виявлення невідповідностей в процесах;
- дотримання циклу постійного поліпшування процесів навіть за умови досягнення запланованого рівня якості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Наказ МОЗ України № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»
2. Програма економічних реформ на 2010 - 2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава
3. Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»
4. Наказ МОЗ України від 20.07.2011 N 427 Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги.
5. Багдасарян В.Є., Богомаз В.М. «Вступ до клінічного аудиту». (Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю). / за заг. ред. О.М. Новічкової, Г. Росс. –К.: Представництво Європейської Комісії в Україні, 2009. – С. 21-30.
6. А.В. Степаненко, В.А. Сміянов «Місце клінічного аудиту в системі управління якістю медичної допомоги», Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ, Журнал «Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація» 2011, №1-2 с.97-104
7. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні/ Зіменковський А.Б. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. –2003. - №3– С. 42-45.
8. Ибрагимова И. Научно обоснованная практика. Этап 5. Оценка. / Ибрагимова И. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zdravo2020.ru/concept>
9. Лехан В.М. Модель управління якістю медичної допомоги на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України / Лехан В.М., Зюков О.Л. // Главный врач. – 2008. – №6. – С. 65-68.
10. Пономаренко В.М. Стан стандартизації в охороні здоров'я України та шляхи її подальшого розвитку / Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б.// Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. –2004. №2. – С. 43-47.
11. Степаненко А.В. Міжнародний досвід утворенні сучасної методики клінічних рекомендацій та методичних стандартів в Україні / Степаненко А.В. // Охорона здоров'я України, 2005. – №18□19. – С.59-61.
12. Росс Г. На шляху до системи управління якістю вторинної медичної допомоги в Україні / Росс Г. // Главный врач. – 2008. №10. – С. 29-36.
13. Дзяк Г.В.. Підходи до визначення стратегії підвищення якості медичного обслуговування в Україні, гармонізовані з загальноєвропейськими методами / Дзяк Г.В., Лехан В.М., Крячкова Л.В.. // Главный врач. – 2010. – №5. – С. 36-39.
14. Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша та частина друга), накази МОЗ України і Академії медичних наук України від 19.02.2009р. № 102/18 та від 03.11.2009 № 795/75.
15. Степаненко А. В.» Сучасні підходи до формування та впровадження клінічних протоколів»(тези виступу на V з'їзді спеціалістів із соціальної

- медицини та організаторів охорони здоров'я України, секція 3 «Формування ефективної системи менеджменту якості медичної допомоги»), м.Житомир, жовтень 2012 р.
- 16.Нагорна А.М. «Проблема якості в охороні здоров'я: Монографія. / Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. –384 с.
17. Медичні стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню / Заг. ред. Г. Росс, О.М. Новічкова, А.В. Степаненко, Д.В. Варивончик / NICARE. —К., 2006. — 238 с.
18. Степаненко А.В. Інструменти управління якістю медичної допомоги: розвиток в Україні / А.В. Степаненко, О.М. Ліщишина, Т.М. Думенко // Лікарня у ХХІ столітті: організація та управління медичною допомогою: мат. Всеукр. наук.-практ. конф., 05_06.06.2008 р.— К., 2008. — С. 26_31.
19. І.В. Шпак «Експертиза якості медичної допомоги» Журнал «Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація», 2009, №3-4 с. 8-14 (виступи на науково-практичній конференції з міжнародною участю, «Реалізація концепції управління якістю в охороні здоров'я України» під егідою ВООЗ, Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні»),16-1706. 2009 р. Львів
20. Вороненко Ю. В., Горачук В.В. «Методичні підходи до впровадження стандартів управління якістю медичної допомоги в загальну систему управління закладом охорони здоров'я» »(тези виступу на V з'їзді спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України, секція 3 «Формування ефективної системи менеджменту якості медичної допомоги»), м.Житомир, жовтень 2012 р.
21. Наказ МОЗ та НАМН України від 11.03.2011 № 141/21 "Про затвердження Методичних рекомендацій "Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги"
22. Пономаренко В.М. Подходы к организации процесса адаптации клинических рекомендаций / медицинских стандартов в систему здравоохранения / В.М. Пономаренко, Г.О. Слабкий, О.О. Дудина, О.А. Валиева //Вісник соц. гіг. та орг. охорони здоров'я України. -2007.- № 1. с.15-19.
23. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / [за заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого]. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – С.34.
- 24.Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : Укр. вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 17.
25. Нагорная А.М., Степаненко А.В., Морозов А.Н. Проблема якості в охороні здоров'я/Кам'янець-Подільській: Абетка-НОВА, 2002. – 384с.