

УДК 351.778:614.21

Р. Грицко

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА КРИТЕРІЇ ЇЇ ОЦІНКИ У ЗАКЛАДАХ РОДИННОЇ МЕДИЦИНИ

Подано методи і технології організаційного та мотиваційного механізмів державного управління якістю медичної допомоги у закладі первинної медико-санітарної допомоги, що працює на засадах родинної медицини.

Ключові слова: механізми державного управління, сімейна медицина, якість медичної допомоги.

На виконання чинних нормативних документів у комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці (далі – КМКП) м. Львова проводиться значна робота щодо управління якістю медичної допомоги (далі – ЯМД).

У закладі первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД), що працює на засадах родинної медицини протягом 7 років, наявні ліцензії Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) на право здійснення медичної практики, комітету з контролю за наркотиками, західної державної інспекції з ядерної та радіаційної безпеки держатомрегулювання на право діяльності з використанням джерел іонізуючого випромінювання, свідоцтво про атестацію міської централізованої клініко-діагностичної лабораторії та інші дозвільні документи відповідних органів.

З самого початку упровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (далі – СМ) у комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова було добре відомо, що сучасний сімейний лікар не зможе надавати самостійно медичну допомогу у всіх випадках первинних звернень громадян. ПМСД повинна доповнюватись спеціалізованою та високоспеціалізованою медичною допомогою. Тому в сучасних умовах інтегративна роль родинної лікарів потребує чіткого визначення місця та повноважень фахівців родинної медицини при взаємодії з вузькими спеціалістами на догоспітальному етапі та в лікарняних закладах.

Відповідно до “Концепції управління якістю медичної допомоги в Україні на період до 2010 року”, затвердженої наказом МОЗ України № 166 від 31.03.2008 р., до організаційного механізму державного управління якістю медичної допомоги належать такі методи: керованість з боку фахівців ПМСД, її профілактична спрямованість, стандартизація і доказовість [1].

Політичний механізм державного управління реформуванням ПМСД на засадах РМ та підвищенням її якості найповніше сформульований у законах України “Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах родинної медицини до 2010 року” № 1847 від 21.01.2010 р. “Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги № 3611-VI від 07.07.2011 р і “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, областях та місті Києві” № 3612-VI від 07.07.2011 р. [2 – 4].

Конкретні організаційно-методичні підходи щодо подальшого розвитку родинної медицини та підвищення її якості сформульовані у постанові Кабінету Міністрів України “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров’я” № 208 від 17.02.2010 р. і наказах МОЗ України [5 – 7].

Якщо на загальнодержавному рівні механізми управління розвитком родинної медицини опрацьовані, то на рівні окремих регіонів закладів і фахівців РМ (на мікрорівні) не всі питання науково обґрунтовані та однозначно вирішуються.

Ще не у всіх закладах РМ активно працює метод керованості медичної допомоги з боку сімейних лікарів. До сімейних лікарів із профілактичною метою звертається лише кожний третій пацієнт. Не завжди надається медична допомога у закладах РМ, згідно із клінічними протоколами, опрацьованими на основі світових клінічних постанов і державних стандартів медичної допомоги. Не у всіх випадках фармакотерапії фахівці сімейної медицини дотримуються формулярної системи лікарських засобів.

З метою постійного підвищення якості медичної допомоги територіальній громаді Залізничного району м. Львова силами 59 сімейних лікарів і 80 медичних сестер загальної практики-родинної медицини (далі – ЗПСМ) надається первинна медико-санітарна допомога 85,6 тис. населення різних вікових груп із застосуванням комплексу методів державного управління цим процесом. У статті розкриваються методи і технології управління наданням якісної ПМСД на засадах родинної медицини у комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова.

Принцип керованої медицини допомоги створює умови для отримання необхідної пацієнтові медичної допомоги через свого сімейного лікаря. Лише за його направленням переважна більшість хворих потрапляють на консультацію до відповідних спеціалістів амбулаторно-поліклінічного закладу або лікарні. Самостійно, без направлення сімейного лікаря, хворі звертаються до вузьких спеціалістів поліклініки лише у випадках невідкладних станів і при необхідності екстреної медичної допомоги.

Хворі та вагітні жінки звертаються безпосередньо до акушерів-гінекологів жіночої консультації, яка входить до консультативного лікувально-діагностичного центру поліклініки. У випадках підозріння або наявності захворювання, що передається статевим шляхом, хворий звертається безпосередньо до дерматовенеролога міського шкірновенерологічного диспансеру, який працює у поліклініці.

Сімейні лікарі центру ПМСД виконують функції кондукторів пацієнтам у складній та багаторівневій системі лікувально-діагностичної допомоги. Вони спроможні обирати найбільш кваліфікованих фахівців, зокрема і тих, хто працює у лікарнях, для надання спеціалізованої діагностичної або лікувально-реабілітаційної допомоги своїм пацієнтам.

Виконання фахівцями родинної медицини функції “воротаря” сприяє інтеграції первинної медико-санітарної допомоги та інших рівнів медичної допомоги і є найважливішою складовою керованості медичної допомоги, що спонукає надання допомоги на тому рівні і тим спеціалістом, де вона може бути реалізована найякісніше. Система направлення хворих сімейним лікарем до певного спеціаліста позбавляє конкретного хворого від складного рішення про вибір потрібного спеціаліста при конкретній проблемі зі здоров’ям, захищає його від зайвих, а інколи й непотрібних консультацій спеціалістів.

Медичний маршрут пацієнта є обов'язковою складовою локального протоколу медичної допомоги (далі – ЛПМД) при конкретному захворюванні. Такі протоколи запроваджено у КМКП наказами по поліклініці. Медичний маршрут хворого визначає не лише заклади, але й конкретних фахівців, до яких скеровується хворий на певне захворювання з метою уточнення діагнозу чи опрацювання комплексу лікувально-реабілітаційних заходів. Рівень дотримання вимог ЛПМД та медичних маршрутів хворих враховується як індикатор якості медичної допомоги під час визначення рейтингових показників роботи конкретного сімейного лікаря в колективі відділення родинної медицини чи центру ПМСД, що має неабияке значення в мотиваційному механізмі державного управління якістю медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах [8].

Принцип керованості медичної допомоги хворим із боку фахівців родинної медицини центру ПМСД сприяє також формуванню конкурентного середовища серед спеціалістів “вузьких” профілів, які надають спеціалізовану медичну допомогу хворим в умовах поліклініки, витісняючи з центру консультативної лікувально-діагностичної допомоги найменш кваліфікованих лікарів, що спонукає до постійного підвищення їх кваліфікації шляхом безперервного професійного розвитку.

Ефективність керованої медичної допомоги з боку сімейних лікарів призводить до постійного збільшення частки проблем хворих людей, які вирішуються на рівні центру ПМСД. А кількість хворих, які передаються для лікування “вузьким спеціалістам” і направляються на лікування в лікарні, поступово зменшується. Якісна стаціонарна допомога багатьом хворим, що раніше госпіталізувались, надається в денних стаціонарах поліклініки або в домашніх стаціонарах із децентралізованою чи централізованою формами допомоги хворим вдома.

Диспансеризація як інструмент профілактичного методу організаційного механізму державного управління охороною здоров'я територіальної громади дозволяє виконувати певні технологічні дії, які сприяють досягненню поставленої мети щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я.

До технологічних дій медичних працівників у процесі диспансеризації належать профілактичні огляди населення з проведенням визначеного обсягу лабораторних та інструментальних обстежень, виявлення осіб з факторами ризику, що спричиняють виникнення та розвиток захворювань, рання діагностика захворювань, розробка та реалізація комплексу необхідних медичних і соціальних заходів щодо первинної та вторинної профілактики захворювань, динамічне спостереження за станом громадського здоров'я територіальної громади.

Одним із важливих методів управління якістю медичної допомоги є метод стандартизації. Відповідно до “Концепції управління якістю медичної допомоги в Україні на період до 2010 року”, затвердженої наказом МОЗ України № 166 від 31.03.2008 р., основою стандартизації є адаптовані міжнародні клінічні настанови і національні медичні стандарти. На основі національних медичних стандартів опрацьовані уніфіковані клінічні протоколи, що слугують підґрунтям для розроблення локальних протоколів медичної допомоги, які використовуються у конкретних медичних закладах охорони здоров'я. Локальні протоколи медичної допомоги враховують організаційні та ресурсні особливості її надання у конкретному лікувально-профілактичному закладі [9].

Стандартизація медикаментозного забезпечення хворих на базі формулярної системи переліку лікарських засобів стала ще одним важелем удосконалення роботи закладів ПМСД і підвищення якості медичної допомоги.

У комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова опрацьований локальний формуляр лікарських засобів, який став повсякденним керівництвом сімейних лікарів із раціональної фармакотерапії, що дозволяє пацієнтам якісно, ефективно і безпечно використовувати ліки. За цього оптимальне застосування фармакоекономіки сприяє зменшенню витрат населення на придбання ліків [10].

Локальні протоколи медичної допомоги хворим на найпоширеніші захворювання у 5-ій КМКП є нормативними документами, які визначають вимоги до надання лікувально-профілактичної допомоги конкретним пацієнтам при діагностованому захворюванні або синдромі у конкретній клінічній ситуації. У їх розробці брали участь висококваліфіковані сімейні лікарі, завідувачі відділень родинної медицини, провідні спеціалісти консультативного лікувально-діагностичного центру поліклініки, сфера діяльності яких відповідає галузі застосування конкретного протоколу, заступники головного лікаря з медичної частини та експертизи тимчасової непрацездатності, аудитори внутрішньо поліклінічного професійного аудиту.

Локальні протоколи медичної допомоги рецензувалися професорами та викладачами кафедри поліклінічної справи і родинної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, обговорювалися і затверджувалися науково-інноваційною радою при головному лікарєві поліклініки та вводилися в дію наказом по поліклініці. Після цього протоколи стали офіційними документами у професійній роботі всіх підрозділів цього закладу. Вони тиражовані необхідною кількістю примірників із метою забезпечення кожного робочого місця фахівців родинної медицини та інших спеціалістів, які беруть участь, згідно із медичним маршрутом пацієнта, визначеним локальним протоколом медичної допомоги при певному захворюванні, як у процесі діагностики, так і при лікувально-реабілітаційних заходах на догоспітальному етапі.

Стандартизація медичної допомоги у закладі та підрозділах родинної медицини базується на методах доказовості, що враховують безпеку, ефективність та вартість медичних процедур і технологій, тому що сучасна первинна медико-санітарна допомога вимагає від сімейного лікаря використання тільки найнадійніших доказів, а від хворого – поінформованості та активної участі в реалізації профілактичних програм і наданні йому лікувально-реабілітаційної допомоги.

Методику, що забезпечує оцінку якості медичної допомоги, за результатами діяльності медичних працівників, треба розглядати з боку оцінки ідентичних показників у подібних ситуаціях і професійних процесах. Таким методом є, на нашу думку, визначення рейтингів фахівці родинної медицини, які працюють у наближених за складністю та багатогранністю умовах.

Визначення рейтингових показників професійної діяльності окремих сімейних лікарів і медичних сестер на сімейно-територіальних дільницях дозволяє не лише порівняти якість медичної допомоги різним територіальним громадам, але й опрацювати моделі кінцевих результатів (далі – МКР) роботи цих фахівців, подібних підрозділів і навіть цілих закладів родинної медицини.

Оцінка рейтингових показників кількості та якості роботи працівників будь-якого профілю, що працюють в однакових умовах, має значення у мотиваційному та

економічному механізмах державного управління, що застосовується в поліклініці. Особливої уваги це набуває при бажанні та наявних можливостях здійснити оплату праці, залежно від кількісних і якісних показників роботи та вкладу конкретного працівника у виконання професійних завдань.

Механізм управління якістю медичної допомоги (далі – ЯМД) в центрі ПМСД комунальної 5-ої клінічної поліклініки м. Львова за допомогою рейтингових показників кількості та якості роботи використовується протягом п'яти років. Розробляючи показники рейтингу фахівців і підрозділів родинної медицини, що працюють в поліклініці, передусім було визначено коло найважливіших критеріїв, які визначають найповніше ЯМД, виконаної за певний період роботи. Після визначення набору показників вони оцінюються в балах за п'ятибальною системою на основі ранговості кожного з індикаторів у загальній оцінці роботи фахівця родинної медицини.

Будь-який з набору індикаторів рейтингової оцінки роботи сімейного лікаря чи медичної сестри визначається в балах зі знаком плюс чи мінус, залежно від його відхилення щодо нормативного значення.

На даному етапі роботи фахівців родинної медицини центру ПМСД комунальної 5-ої міської клінічної поліклініки м. Львова використовуються 25 індикаторів рейтингової оцінки.

Після заповнення на кожного сімейного лікаря карти аналізу показників його роботи підраховується загальна сума рейтингових балів. Шляхом порівняння суми рейтингових балів кожного сімейного лікаря визначається рейтингове місце, яке посідає конкретний лікар у відділенні родинної медицини чи в центрі ПМСД.

Обчисливши рейтингові показники якості та ефективності роботи окремих фахівців і підрозділів родинної медицини центру ПМСД, можна легко визначити моделі кінцевих результатів для кожного з них. Такою ідеальною моделлю кінцевих результатів на наступний період роботи стають показники найвищого рейтингу окремого фахівця чи підрозділу центру ПМСД.

На основі рейтингових показників якості та ефективності роботи окремих фахівців підрозділу центру ПМСД розраховується коефіцієнт трудової участі (далі – КТУ) кожного з них у виконанні комплексу валеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів у відділенні родинної медицини чи центру ПМСД. А це дозволяє, відповідно, розрахувати надбавки до заробітної плати кожному з них, якщо у центрі первинної медико-санітарної допомоги є відповідні кошти на стимулювання працівників за кількість і якість виконаної фахової роботи при частковому фондотриманні, котре застосовується у 5-ій КМКП м. Львова. У мотиваційному механізмі управління використовуються як моральні, так і матеріальні стимули підвищення якості медичної допомоги. Адміністрація поліклініки, використовуючи мотиваційний механізм управління якістю медичної допомоги у формі морального чи матеріального заохочення, вибирає найоптимальніший метод стимулювання підвищення якості та інтенсивності праці кожного фахівця чи підрозділу родинної медицини.

Аналіз діяльності фахівців закладу щоквартально проводиться на медичних радах, засіданнях протиракової експертної комісії, протиепідемічної комісії, з розгляду випадків дитячої смертності та інфекційного контролю тощо.

Наказом по поліклініці створено дві аудиторські групи на громадських засадах. Загальнополіклінічну групу аудиторів очолює заступник головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності, а групу аудиторів центру первинної

медико-санітарної допомоги очолює завідувач центру, що працює на громадських засадах.

Опрацьовані положення про внутрішньополіклінічний аудит (далі – ВПА) і посадові інструкції внутрішньополіклінічних професійних аудиторів.

Основною метою внутрішньополіклінічного аудиту визначено безперервне підвищення якості медичної допомоги населенню у процесі реалізації заходів валеологічного, профілактичного, діагностичного та лікуально-реабілітаційного типу як в амбулаторно-поліклінічних закладах, так і в домашніх умовах.

Завданням внутрішньополіклінічного аудиту є вивчення доступності первинної медико-санітарної допомоги, поліпшення впливу фахівців поліклініки, що працюють на засадах родинної медицини, на стан громадського здоров'я, підвищення ефективності використання ресурсів амбулаторно-поліклінічної допомоги, зростання задоволеності населення системою надання медичної допомоги, захист інтересів пацієнтів і медичних працівників щодо надання якісної медичної допомоги та у випадку професійного ризику.

Особлива увага у процесі аудиту звертається на засадничі принципи підвищення якості медичної допомоги, серед яких особливе значення на сучасному етапі мають профілактична спрямованість, стандартизація, доказовість і керованість медичної допомоги.

Внутрішньополіклінічний аудит враховує не лише вивчення процесу надання якісної медичної допомоги. Аудитори на основі рейтингових показників роботи конкретного фахівця виявляють недоліки чи помилки у процесі надання первинної медико-санітарної допомоги, що спричиняють негативний вплив на якість медичної допомоги та її ефективність, задоволеність пацієнтів їх взаємодією з фахівцями поліклініки, розробляють методичні рекомендації, які сприяють попередженню помилок і недоліків у роботі медичних фахівців поліклініки, забезпечують вибір найоптимальніших управлінських рішень у механізмі управління і проведення оперативних коригувальних заходів щодо якості медичної допомоги та контролюють їх виконання.

Одним із важливих показників якісної роботи сімейних лікарів є науково-інноваційна робота і видавнича діяльність, а також участь у поширенні передового досвіду в інших закладах ПМСД, які працюють на засадах родинної медицини. Цим питанням особливу увагу приділяє науково-інноваційна рада, яка працює при головному лікареві поліклініки.

На базі поліклініки за три останні роки при активній участі вчених Львівського регіонального інституту державного управління при Президентіві України виконані наукові дослідження з проблем механізмів державного управління по двох кандидатських і одній докторській дисертаціях, а спеціалісти поліклініки опублікували понад 100 науково-практичних робіт.

Принципи медичної валеології та превентивної медицини в поліклініці реалізуються через спеціально створені підрозділи: “Клініка доброзичлива до молоді”; “Клініка доброзичлива до дитини”, в роботі яких беруть участь всі фахівці амбулаторно-поліклінічного закладу, який працює на засадах родинної медицини.

Висновки

Законодавче затвердження механізмів державного управління розвитком родинної медицини в Україні ґрунтується на їх опрацюванні у Львівській області з апробацією в комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова продовж 8 років та інших лікуально-профілактичних закладах ПМСД. За цього поступовий

(еволюційний) перехід закладів ПМСД на засади родинної медицини не створив жодних незручних ситуацій для мешканців Львівщини при значному поліпшенні якості медичної допомоги. Важливе значення у процесі реформування ПМСД на засадах РМ має пограмно-цільове планування завдань і заходів щодо реорганізації закладів ПМСД, їх ресурсного забезпечення і розвитку родинної медицини, а також реалізація обласних цільових програм. Це стане предметом наших подальших наукових досліджень.

Література

1. Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні на період до 2010 р. [Електронний ресурс] : затверджена Наказом МОЗ України № 166 від 31.03.2008 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
2. Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах родинної медицини до 2010 року [Електронний ресурс] : Закон України № 1841-VI від 21.01.2010 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
3. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : Закон України № 3611-VI від 07.07.2011 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
4. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві [Електронний ресурс] : Закон України № 3612-VI від 07.07.2011 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
5. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України № 208 від 17.02.2010 р. // Управління закладами охорони здоров'я [Текст]. — 2010. — № 3. — С. 69—72.
6. Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 735 від 30.08.2010 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
7. Про затвердження порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної медико-санітарної допомоги та форм первинної облікової документації [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 756 від 04.11.2011 р. — Режим доступу : www.moz.gov.ua.
8. Визначення рейтингових показників роботи фахівців і підрозділів родинної медицини [Електронний ресурс] : метод. реком. / [Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк, Н. Б. Метелиця та ін.]. — Львів : [б. в.], 2007. — 14 с.
9. Локальні протоколи надання медичної допомоги ревматологічним хворим [Електронний ресурс] / [І. О. Мартинюк, Л. В. Резнічок, М. Г. Сіра та ін.]. — Львів : [б. в.], 2011. — 37 с.
10. Локальний формуляр лікарських засобів [Електронний ресурс] / [Б. Б. Лемішко, І. О. Мартинюк, Н. М. Громнацька та ін.]. — Львів : [б. в.], 2010. — 90 с.

R. Hrytsko

**MANAGEMENT OF MEDICAL CARE QUALITY AND ITS EVALUATION
CRITERIA AT FAMILY MEDICINE INSTITUTIONS**

The methods and technologies of organizational and motivational mechanisms of public administration of medical care quality in the primary health care institution that works on the basis of family medicine are presented.

Key words: mechanisms of public administration, family medicine, health care quality.