

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ МОЗ УКРАЇНИ**

ЗЮКОВ ОЛЕГ ЛЕОНІДОВИЧ

УДК 614.2.253.8:616 – 006.6 – 089 – 082.851.859(477)

**ОБГРУНТУВАННЯ СТРУКТУРНО-ПРОЦЕСНОГО ПІДХОДУ ДО
УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ СТАЦІОНАРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ В УКРАЇНІ**

14.02.03 – соціальна медицина

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Київ - 2009

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Дніпропетровській державній медичній академії МОЗ України

Науковий консультант:

доктор медичних наук, професор **Лехан Валерія Микитівна**, Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Слабкий Геннадій Олексійович**, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень» МОЗ України, директор;

доктор медичних наук, професор **Солоненко Іван Миколайович**, Національна академія державного управління при Президентові України, завідувач кафедри управління охороною суспільного здоров'я;

доктор медичних наук, професор **Грузева Тетяна Степанівна**, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, професор кафедри соціальної медицини та охорони здоров'я

Захист відбудеться "21" травня 2009 р. о 13³⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.01 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України за адресою: 03057, м.Київ-57, проспект Перемоги, 34, санітарно-гігієнічний корпус, аудиторія №2.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України за адресою: 03057, м.Київ-57, вул. Зоологічна, 1.

Автореферат розісланий "21" квітня 2009 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
професор

Войцеховський В.Г.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В сучасних умовах суспільного розвитку перед національними системами охорони здоров'я постають нові завдання, виконання яких потребує здійснення відповідних реформ і побудови таких національних моделей систем охорони здоров'я, які забезпечували б ефективне виконання покладених на них функцій та відповідали очікуванням громадян (Москаленко В.Ф., 2003, 2008; Вялков А.І., 2003; Щепін О.П., 2003, 2007; Слабкий Г.О., 2004, 2008; Пономаренко В.М., 2005, 2006; Лехан В.М., 2005, 2008; Figueras J., 2002, 2008; Smith P.C., 2005, 2008). Нова парадигма здоров'я системи «Здоров'я – добробут – соціальне благополуччя», яку прийнято Європейською міністерською конференцією з систем охорони здоров'я в 2008 р. у Таллінні, сприяла піднесенню питань охорони здоров'я до рангу найбільш пріоритетних, поліпшенню розуміння впливу систем охорони здоров'я на стан здоров'я людей, економічний і соціальний розвиток.

Всесвітня організація охорони здоров'я, аналізуючи свою політику з досягнення здоров'я, встановила пріоритетність категорії якості в політиці з охорони здоров'я всіх країн. У глобальній стратегії Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 21 - здоров'я для всіх у 21-ому столітті» сформульоване завдання щодо розробки і впровадження в усіх країнах національних механізмів для забезпечення безперервного моніторингу і вдосконалення якості медико-санітарної допомоги. За висновками Люблянської хартії (1996) – будь-яка реформа в охороні здоров'я має бути скерована на безперервне поліпшення якості медичної допомоги за чітко опрацьованою стратегією.

Концептуальні підходи до забезпечення та управління якістю медичної допомоги (ЯМД) розглядали в міжнародних дослідженнях Vuori H. (1985), Berwick D. (1990), Deming W.E. (1994), Kongsvedt P.R. (1997, 2000), Ovretveit J. (2003), Тиллінгаст С. (1996), в тому числі із країн СНД – Мильнікова І.С. (1996), Назаренко Г.І., Полубенцева О.І. (2000), Вялков А.І. (2002), Щепін В.О., Лінденбратен А.Л. (2002), Вардосанідзе С.Л. (2002), Воробйов П.А. (2005) та ін. Серед вітчизняних учених фундаментальні дослідження з проблем управління ЯМД в контексті стандартизації та впровадження національної формулярної системи проведені Степаненко А.В. (2001) і Зіменковським А.Б. (2007). Методологічні підходи до розробки і впровадження медичних стандартів розглядали в своїх роботах Лехан В.М., Гук А.В. (2000), Гойда Н.Г., Парій В.Д. (2006), Ліщишина О.М. (2006), Васишин Р.Й. (2001, 2008); підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги – Ярош Н.П. (2004); роль доказової медицини в спектрі застосування наукової медичної інформації та реалізації державної інноваційної політики – Уваренко А.Р. (2005).

Незважаючи на те, що забезпечення і управління ЯМД є пріоритетними в планах реформування охорони здоров'я України, слід зазначити, що поліпшення ЯМД розглядається відокремлено від структурних перетворень на національному і регіональному рівнях, які здебільшого зорієнтовані на зменшення витрат (Москаленко В.Ф., 2008). Так, реформаторські зусилля в стаціонарному секторі зосереджуються переважно на скороченні ліжкового фонду без урахування впливу таких перетворень на доступність і якість медичної допомоги (Лехан В.М. зі співавт., 2005). Водночас проблема підвищення якості та структурної ефективності стаціонарної допомоги в цілому і високоспеціалізованої стаціонарної допомоги зокрема особливо актуальна, оскільки саме цей вид допомоги поглинає основну частку витрат національної системи охорони здоров'я.

Тому розробка ефективної, адаптованої до національних особливостей системи управління ЯМД в стаціонарному секторі, перш за все для високо спеціалізованих та

високотехнологічних видів стаціонарної допомоги, до яких належить і надання допомоги онкологічним хворим, є надзвичайно актуальною проблемою.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження проводилось у рамках наукової тематики кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я факультету післядипломної освіти Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України та є фрагментом науково-дослідних робіт «Наукове обґрунтування організації та управління первинною медико-санітарною допомогою у сучасних економічних умовах» (№ держреєстрації 0100U000471), «Наукове обґрунтування підвищення ефективності медичної допомоги населенню у сучасних економічних умовах» (№ держреєстрації 0105U002363).

Дослідження проводилися відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я населення України (2000), завдань Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки, державної програми «Онкологія» на 2002-2006 роки та загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на 2007-2016 роки.

Мета і завдання дослідження. *Мета дослідження:* обґрунтувати та розробити модель безперервного поліпшення якості стаціонарної медичної допомоги в Україні шляхом системного удосконалення процесів і структури на прикладі медичного обслуговування онкологічних хворих при радикальному хірургічному лікуванні.

Завдання дослідження передбачали:

- Проведення аналізу світового та вітчизняного досвіду з питань управління якістю медичної допомоги, визначення основних проблем та перспектив щодо вирішення.
- Дослідження на національному і регіональному рівнях онкологічної ситуації та забезпечення ресурсами для надання допомоги онкологічним хворим, які потребують радикального хірургічного лікування, як основи для визначення механізмів підвищення ефективності охорони здоров'я.
- Оцінку адекватності медичного обслуговування онкологічних хворих при радикальному хірургічному лікуванні та виявлення основних факторів, що впливають на його якість.
- Комплексне дослідження ставлення пацієнтів, практикуючих лікарів та організаторів охорони здоров'я до існуючої системи організації медичного обслуговування онкологічних хворих та перспектив щодо поліпшення його якості.
- Теоретичне обґрунтування концептуальних підходів і побудову моделі безперервного поліпшення якості медичної допомоги.
- Розробку і впровадження програми управління якістю медичної допомоги на рівні лікувального закладу шляхом проведення організаційного експерименту.
- Порівняння якості медичної допомоги онкологічним хворим після радикального хірургічного лікування в стаціонарах різних типів лікувально-профілактичних закладів за різними критеріями результативності: виживаності, якості життя.
- Обґрунтування з позицій доказового менеджменту структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги населенню України на прикладі медичного обслуговування онкологічних хворих.

Об'єкт дослідження: система організації стаціонарної медичної допомоги на прикладі медичного обслуговування онкологічних хворих при радикальному хірургічному лікуванні.

Предмет дослідження: підходи до управління якістю медичної допомоги.

Методи дослідження: системний підхід і аналіз, бібліографічний, історичний, контент-аналіз, медико-статистичний, епідеміологічний, експертних оцінок, соціологічний,

концептуальне моделювання, організаційний експеримент, оцінка тривалості життя, дослідження якості життя, психологічний.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- Виявлено наявність різних варіантів організації радикального хірургічного лікування онкологічних хворих на регіональному рівні та основні фактори, що впливають на якість медичного обслуговування.

- Встановлено закономірності частоти сполучення в цілому та в часовому вимірі методів радикального протипухлинного лікування хворих на злоякісні новоутворення ведучих локалізацій та їх вплив на вибір місця надання спеціалізованої допомоги.

- Дано комплексну характеристику адекватності медичного обслуговування за обсягом, складом та місцем надання медичної допомоги на прикладі контингенту дорослих хворих на злоякісні новоутворення ведучих локалізацій, які потребують радикального хірургічного лікування. Встановлено наявність проблем щодо забезпечення комплексності діагностики та лікування ускладнень і супутньої патології, що впливає на перебіг основного захворювання, у спеціалізованих онкологічних закладах, а також забезпечення комплексності протипухлинного лікування – у багатопрофільних лікарнях.

- Науково обґрунтовано і розроблено модель безперервного поліпшення якості медичної допомоги населенню через системне удосконалення процесів і структури медичного обслуговування.

- Дано комплексну оцінку якості медичного обслуговування онкологічних хворих у стаціонарах різних типів лікувально-профілактичних закладів за основними критеріями результативності (виживаності, якості життя, задоволеності). Встановлено, що тип закладу, де проводиться радикальне хірургічне лікування, не є основним фактором, що впливає на результативність лікування онкологічних хворих за умови наявності відповідно підготовленого персоналу і достатнього обсягу проведення втручань.

- Доведено, що залучення ресурсів загально лікувальної мережі зменшує гостроту проблеми доступності медичної допомоги онкологічним хворим і дозволяє розглядати питання поліпшення якості через призму підвищення структурної ефективності.

- Науково обґрунтовано застосування критеріїв доказового менеджменту для перевірки дієвості запропонованої моделі.

Теоретичне значення дослідження полягає у розробці та обґрунтуванні структурно-процесного підходу до управління якістю медичної допомоги в рамках моделі безперервного поліпшення якості, що є суттєвим внеском у теорію соціальної медицини.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що його результати стали підставою для:

- наукового забезпечення управлінських рішень стосовно підвищення ефективності охорони здоров'я при розробці програм реформування галузі, зокрема стаціонарного сектора;

- запровадження концептуальних підходів і моделі безперервного поліпшення якості медичної допомоги населенню через системне удосконалення процесів і структури медичного обслуговування на рівні окремого медичного закладу і територіальної системи охорони здоров'я;

- обґрунтування доцільності використання різних критеріїв результативності медичної допомоги та вивчення ставлення всіх учасників лікувально-діагностичного процесу при проведенні порівняльної оцінки якості медичної допомоги;

- застосування методики двомірного аналізу «важливість-виконання» для оцінки різних аспектів медичного обслуговування населення, що впливають на позитивну або негативну оцінку діяльності даного лікувального закладу і дозволяють виявити потенційні

можливості її покращення;

- широкого використання методів математико-статистичного аналізу для поглибленого аналізу масивів первинних даних, що дозволяє виявити і систематизувати різні фактори, які впливають на проблему якості;
- обґрунтування доцільності використання запропонованих підходів при цілеспрямованих структурних перетвореннях системи медичної допомоги в Україні.

Впровадження одержаних результатів здійснено:

на державному рівні:

- при підготовці Наказу МОЗ України від 31.03.2008 р. № 166 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2010 р.»;

- шляхом викладення теоретичних і методичних питань дослідження в інформаційних листах: № 105-2003 «Організаційні форми і структура паліативної медичної допомоги онкологічним хворим у термінальний період життя» (Київ, 2003); № 70-2007 «Оцінка задоволеності хворих якістю медичної допомоги в хірургічних стаціонарах» (Київ, 2007); № 100-2008 «Управління якістю медичної допомоги у хірургічних стаціонарах з використанням програми оцінки якості за клінічними індикаторами» (Київ, 2008).

Результати дослідження впроваджено у 12 медичних закладах 6 областей України (Дніпропетровській, Запорізькій, Івано-Франківській, Херсонській, Черкаській, м. Києві).

Матеріали дисертаційної роботи використано при підготовці навчальних посібників: «Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря)» (2002), рекомендованого ЦМК з вищої медичної освіти МОЗ України для студентів і лікарів; «Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань» (2004), рекомендованого ЦМК вищої медичної освіти МОЗ України для студентів вищих медичних навчальних закладів III – IV рівнів акредитації та лікарів.

Результати дослідження використовуються в наукових дослідженнях у ДУ «Український інститут стратегічних досліджень» МОЗ України, у навчальному процесі на профільних кафедрах Вінницького Національного медичного університету імені М.І. Пірогова, Дніпропетровської державної медичної академії, Запорізької державної медичної академії післядипломної освіти, Запорізького державного медичного університету, Івано-Франківського Національного державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є особисто виконаною науковою працею автора. Дисертантом особисто визначено напрям, мету і програму дослідження, самостійно проведено збір матеріалу, проаналізовано стан проблеми якості спеціалізованої медичної допомоги в стаціонарах хірургічного профілю на прикладі радикального хірургічного лікування онкологічних хворих, зроблено теоретичне обґрунтування, розробка та апробація моделі безперервного поліпшення якості медичної допомоги в умовах організаційного експерименту, впроваджено результати дослідження у практику. Дисертантом систематизовано накопичений експериментальний матеріал, проведено статистичну обробку, аналіз одержаних результатів та їх інтерпретацію, сформульовано висновки. Розроблені дисертантом наукові положення та одержані дані є самостійним внеском у вирішення проблеми підвищення якості та ефективності в охороні здоров'я.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження доповідались та обговорювались на з'їздах, конгресах, науково-практичних конференціях, зокрема: на науково-практичній конференції «Організація та управління системою охорони здоров'я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі» (Житомир, 1999); X конгресі світової федерації українських

лікарських товариств (Чернівці, 2004); науково-практичній конференції «Демографічна та медична статистика України у ХХІ столітті. Медичні інформаційні системи у статистиці» (Київ, 2004); науково-практичній конференції «Сучасні засоби супроводу в комплексному лікуванні онкологічних хворих» (Тернопіль, 2004); Першій Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії» (Львів, 2004); науково-практичній конференції «Злоякісні новоутворення», «Сучасні проблеми організації онкологічної допомоги хворим на рак грудної залози» (Черкаси, 2004); ювілейному VIII з'їзді ВУЛТ (Всеукраїнського лікарського товариства), присвяченого 15-річчю організації (Івано-Франківськ, 2005); XI з'їзді онкологів України (Судак, АР Крим, 2006); XI конгресі світової федерації українських лікарських товариств (Полтава, 2006); науково-практичній конференції «Інтеграція української медичної освіти в європейський та американський медичний простір» (Тернопіль, 2006); науково-практичній конференції «Наука і соціальні проблеми суспільства: харчування, екологія, демографія» (Харків, 2006); міжнародній конференції «Становление современной науки – 2006» (Дніпропетровськ, 2006); науково-практичній конференції «Формалізація лікувально-діагностичного процесу як обов'язкова умова якості лікування та безпеки пацієнта» (Херсон, 2007); Міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій 60-річчю ВООЗ, Всесвітньому дню здоров'я 2008 р., захисту здоров'я від змін клімату (Київ, 2008); науково-практичній конференції «Психологічні та соціально-економічні основи забезпечення організаційного розвитку освітніх закладів» (Біла Церква, 2008); науково-практичній конференції «Лікарня в ХХІ столітті: управління та організація медичної допомоги» (Київ, 2008); IV з'їзді спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я (Житомир, 2008).

Публікації. За результатами досліджень опубліковано 59 наукових робіт, в тому числі 26 статей у наукових фахових виданнях, регламентованих ВАК України (з них - 10 самостійних), 8 статей – в інших виданнях; 20 тез – у журналах, збірках матеріалів і тезах доповідей на з'їздах і конференціях; 2 навчальних посібники, 3 інформаційних листи.

Структура і обсяг роботи. Дисертаційна робота викладена на 331 сторінці; складається із вступу, 8 розділів, висновків, практичних рекомендацій, 4 додатків; ілюстрована 48 таблицями і 40 рисунками. Список використаних джерел містить 465 найменувань.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження. Програма дослідження була розроблена, виходячи з поставленої мети та завдань, з дотриманням вимог етапності і послідовності наукового пошуку, з використанням системного підходу, структурно-логічного і графо-аналітичного методів системного аналізу та комплексу інших адекватних методів дослідження (рис. 1). Робота проводилась у 6 етапів. На I етапі було визначено напрямок, об'єкт і предмет дослідження; з використанням методів бібліографічного, історичного і контент-аналізу проаналізовано світовий і вітчизняний досвід щодо основних понять, концептуальних підходів і моделей управління ЯМД.

Вибір контингенту онкологічних хворих, які потребували радикального хірургічного лікування (РХЛ), як об'єкта дослідження був обумовлений:

- високою медико-біологічною і соціально-економічною значимістю проблеми злоякісних новоутворень (ЗН) в Україні;
- характером протипухлинного лікування, яке відноситься до інтенсивних медичних втручань, базується на принципах комплексності і багатоетапності та виконується в

переважній більшості випадків в умовах стаціонару;

- гостротою проблеми доступності та якості медичної допомоги онкологічним хворим у сучасних соціально-економічних умовах, враховуючи існуючі диспропорції між потребами онкологічних хворих у високоспеціалізованих і високотехнологічних видах стаціонарної медичної допомоги і низьким рівнем їх задоволення.

Рис. 1. Програма, матеріали, обсяг і методи досліджень.

Наступні етапи дослідження дозволили визначити особливості організації, обсягів і структури радикального протипухлинного лікування онкологічних хворих з використанням епідеміологічного і медико-статистичного методів аналізу даних канцер-реєстрів і матеріалів Центрів медичної статистики МОЗ України (II етап), оцінити якість медичного обслуговування онкологічних хворих шляхом проведення аналітичної експертизи та соціологічних досліджень (III етап), що стало основою для розробки концептуальної моделі безперервного поліпшення ЯМД (IV етап) та її апробації через системне удосконалення процесів (V етап) і структури медичного обслуговування (VI етап) шляхом проведення організаційного експерименту на рівні лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) та аналітично-порівняльного дослідження ЯМД в стаціонарах різних типів ЛПЗ. Для порівняння на VI етапі застосовані методи оцінки тривалості життя онкологічних хворих з побудовою кривих виживаності за процедурою Каплана-Мейєра; якості життя за русифікованою версією опитувальника MOS-SF36 (Medical Outcomes Study – Short Form); рівня тривожності за психологічною методикою Ч.Д.Спілбергера і Ю.Л.Ханіна; експертної оцінки адекватності медичної допомоги і соціологічних досліджень рівня задоволеності ЯМД пацієнтів і медичного персоналу.

Статистична обробка матеріалів дослідження проводилась з використанням методів біометричного аналізу, реалізованих у пакетах програм EXCEL-2003®, БИОСТАТ 4.03 (Практика, 1998) і STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc.), в тому числі: оцінка достовірності – за критеріями Стюдента (t), Манна-Уїтні (U), кутового перетворення Фішера, відповідності χ^2 (Хі-квадрат) Пірсона, логранговим критерієм; множинне порівняння і аналіз взаємозв'язків між ознаками – за методами стандартизації (прямий і опосередкований), кореляційного, регресійного і дисперсійного (ANOVA) аналізів з розрахунком парних коефіцієнтів лінійної кореляції Пірсона і рангової кореляції Спірмена (r), множинних (R) і парціальних (часткових) коефіцієнтів кореляції (p). При малих вибірках використовували поправку Йейтса на безперервність.

Дослідження проводилося протягом 1998 – 2008 рр. в 3 регіонах України (Дніпропетровській, Херсонській, Черкаській областях) на базі 5 онкологічних диспансерів і онкоцентрів, 2 обласних лікарень, 3 багатопрофільних лікарень, які мають онкологічні відділення або ліжка, 12 лікарень загально лікувальної мережі, які проводять РХЛ онкологічних хворих. Вибірки включали пацієнтів із ЗН шлунка (шифр C16 за МКХ-10), товстого кишечника (C18-20), молочної (C50) і передміхурової (C61) залоз. Вибір нозологічних форм ЗН був обґрунтований їх високою розповсюдженістю в популяції, а також варіабельністю місця виконання оперативного втручання.

Основні результати дослідження та їх обговорення. Аналіз онкологічної ситуації за період 2000-2006 рр. свідчить про те, що в Україні щороку реєструється понад 160 тис. нових випадків раку (у середньому $335,9 \pm 3,4$ на 100 тис. населення) зі сталою тенденцією до зростання показника захворюваності на 0,95 % щорічно. В онкологічних закладах України на обліку перебуває близько 910 тис. онкологічних хворих (1907,6 на 100 тис. населення у 2006 р.) з щорічним приростом на 3,3 %. Незважаючи на тенденції останніх років до

зниження рівня смертності від раку в Україні (середньорічний темп зменшення показника за 7 років становив 0,6 %, стандартизованого – 1,5 %), ЗН, як і раніше, зумовлюють близько 12-13 % усіх випадків смерті, поступаючи лише хворобам системи кровообігу. Високим зберігається показник летальності до року (38,7±0,7 %) (табл. 1).

Таблиця 1

Середньорічні рівні показників онкологічної патології і ресурсного забезпечення онкологічних хворих в Україні, Дніпропетровській і Херсонській областях (2000-2006 рр.[#])

Показник	Україна	Дніпропетровська область	Херсонська область
Захворюваність (загальний, ‰)	335,9±3,4	354,1±6,2	342,5±6,3
Захворюваність (стандартизований, ‰) ^{##}	324,1±0,9	338,6±2,6	350,6±10,1
Смертність (загальний, ‰)	190,1±0,9	203,5±1,2	202,3±2,3
Смертність (стандартизований, ‰)	183,4±2,5	194,8±2,4	208,4±5,7*
IV стадія ЗН (%)	16,3±0,3	13,6±0,9	22,5±0,9**
Летальність до року (%)	38,7±0,7	40,4±0,9	42,3±0,8
Охоплено спеціальним лікуванням (%)	62,5±0,8	59,7±0,2	61,6±0,8
Забезпеченість ліжками (на 1000 первинних хворих)	75,6±0,5	80,9±1,4	57,5±2,0**
Дефіцит ліжкового фонду (%)	38,7±0,4	34,4±1,2	53,3±1,6**
Забезпеченість лікарями-онкологами (на 10 тис. населення)	0,37±0,01	0,40±0,01	0,24±0,01**

Примітки: 1. # - показники забезпеченості для областей розраховані за період 2000-2004 рр.;

2. ## - за українським стандартом 2000 р.;

3. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$ між областями.

Водночас, організація медичної допомоги онкологічним хворим в Україні характеризується низьким рівнем охоплення первинних хворих спеціальним протипухлинним лікуванням (в середньому 62,5±0,8 %), що зумовлено, з одного боку, високим відсотком занедбаних випадків раку (в середньому 16,3±0,3 % ЗН виявляються у IV стадії), при яких радикальне лікування неефективне, з іншого – несвоєчасною госпіталізацією хворих, суттєвою перешкодою до якої можуть бути організаційні засади, в тому числі дефіцит ліжкового фонду і спеціалістів (див. табл. 1). Незважаючи на позитивні тенденції останніх років до підвищення інтенсивності використання ліжкового фонду для онкологічних хворих (зростання показника зайнятості ліжка протягом року і скорочення тривалості перебування хворих на ліжку – на 0,4 % і 4,5 % щорік відповідно), фактична забезпеченість спеціалізованими ліжками в Україні коливалася в межах 73,5-78,1 на 1000 захворілих вперше при потребі – 123,3 ліжка. Тобто потужність існуючої шпитальної системи медичної допомоги хворим на ЗН в Україні забезпечує потреби лише у 60 % випадків вперше виявлених захворювань, а тому в реальних умовах до цього процесу залучаються ресурси ЛПЗ різної підлеглості, ієрархічного рівня і спеціалізації, що в свою чергу актуалізує низку проблем, пов'язаних з ЯМД.

Встановлено, що місце дислокації ліжкового фонду для онкологічних хворих чітко не регламентоване нормативно-правовими документами, а структура і обсяги залучення ресурсів неспеціалізованих лікувальних закладів мають регіональні особливості. Зокрема, в реальних умовах емпірично склалися два варіанти організації стаціонарної допомоги для дорослих онкологічних хворих – переважна централізація (понад 90 %) обсягу допомоги на рівні спеціалізованих онкологічних закладів (онкодиспансерів, онкоцентрів) і змішаний

варіант, при якому частина ліжок (понад 30 %) знаходиться у високоспеціалізованих відділеннях (урологічних, проктологічних, торакальних тощо) багатoproфільних лікувальних закладів третинного і вторинного рівнів. З урахуванням виявлених особливостей для поглибленого дослідження було обрано дві області, які мають схожі тенденції у рівнях і структурі показників онкологічної захворюваності і смертності населення (див. табл. 1) і різні варіанти організації онкологічної служби – Херсонська (централізований варіант) і Дніпропетровська (змішаний). В основу стратифікації всіх випадків спостереження на групи було взято тип ЛПЗ, де проводилось РХЛ, як основний метод протипухлинного лікування: I тип - спеціалізовані онкологічні заклади, II тип – обласні медичні заклади третинного рівня, міські (районні) багатoproфільні лікарні, що мають онковідділення або ліжка та надають високоспеціалізовану допомогу міським та сільським жителям, III тип – всі інші заклади загально лікувальної мережі.

Дослідженням встановлено, що в структурі технологій радикального протипухлинного лікування переважають хірургічні втручання (РХВ), як монометод, ($47,5 \pm 0,3$ % випадків) та його комбінації з променевою терапією (ПТ) ($21,6 \pm 0,2$ %). Питома вага сполучень РХВ з хіміотерапією (ХТ) становить $15,6 \pm 0,2$ %, з хіміо- і променевою терапією – $15,3 \pm 0,2$ %. В реальних умовах близько 2/3 РХВ ($63,6$ - $76,7$ %) за більшістю локалізацій проводяться в ЛПЗ I типу, решта ($30,9$ - $18,2$ %) – в ЛПЗ II типу, що, в основному, відповідає структурі розміщення ліжкового фонду для онкологічних хворих; лише 5 % РХВ виконуються у непрофільних стаціонарах загально лікувальної мережі (III тип), частіше при локалізаціях ЗН у кишечнику і шлунку (рис. 2).

Рис. 2. Схема розподілу різних видів спеціального лікування хворих на злоякісні новоутворення по регіонах і типах ЛПЗ: РХВ – радикальні хірургічні втручання; ПТ – променева терапія; ХТ – хіміотерапія.

Тільки хірургічне лікування частіше проводиться при ЗН шлунка, кишечнику, легень, чоловічих статевих органів; комбіноване з променевою терапією – при ураженні жіночих статевих органів; комплексне з хіміо- і променевою терапією - при ЗН молочної залози. Променева терапія, як складова комплексного протипухлинного лікування, виконується на базі спеціалізованих онкологічних закладів, незалежно від місця фактичної госпіталізації або нагляду за хворим, оскільки потребує специфічних умов для виконання, насамперед спеціального обладнання та персоналу. Місце застосування хіміотерапевтичних технологій здебільшого наближене до місця проживання пацієнтів і проводиться в лікарняних закладах різних типів, у тому числі в ЛПЗ III типу (при централізованому варіанті – $24,2 \pm 0,6$ %). Більше 2/3 курсів променевої ($70,7 \pm 0,3$ %) і хіміотерапії ($68,6 \pm 0,2$ %) проводиться у віддаленому післяопераційному періоді.

Щодо інших показників ЯМД онкологічним хворим, то за даними експертної оцінки закінчених випадків РХЛ встановлено, що обсяг і склад діагностичних досліджень, хірургічного лікування та його комбінацій з іншими видами протипухлинної терапії (ПТ і/або ХТ) за основним захворюванням у понад $94 \pm 1,2$ % випадків є адекватним. Водночас виявлено недоліки лікувально-діагностичного процесу при супутній патології, що впливає на перебіг основного захворювання ($66,9 \pm 2,5$ % хворих мають супутні захворювання інших органів і систем), та ускладненнях ($13,7 \pm 1,8$ % хворих) – в $12,6$ - $22,0$ % випадків; необґрунтоване подовження або скорочення тривалості госпіталізації – в $51,6 \pm 2,6$ %.

За результатами соціологічних досліджень встановлено, що різні учасники лікувально-діагностичного процесу (пацієнти, медичний персонал, організатори охорони

здоров'я) виявляють різний рівень задоволеності ЯМД в цілому та її аспектами: повністю задоволеними були $68,5 \pm 2,2$ % пацієнтів, $24,2 \pm 2,9$ % практикуючих лікарів і $15,0 \pm 7,9$ % керівників закладів. Серед основних причин незадоволення – недостатнє оснащення стаціонару необхідним обладнанням і забезпечення медикаментами, обмеження для надання комплексної допомоги з приводу супутніх захворювань та ускладнень, недостатній рівень інформаційних комунікацій між пацієнтами і медичним персоналом.

Таким чином, комплексним дослідженням виявлено низку проблем, пов'язаних, у першу чергу, з організаційно-управлінськими аспектами якості (структурною організацією стаціонарної допомоги на територіальному рівні, ресурсним забезпеченням та організацією лікувально-діагностичного процесу на рівні ЛПЗ, ступенем участі медичного персоналу і пацієнтів у вирішенні проблем, пов'язаних з ЯМД), вирішення яких вимагало удосконалення механізмів управління якістю медичного обслуговування.

Теоретичною основою для цього стали дані світової і вітчизняної літератури, бази фактичних даних з питань ЯМД, з використанням яких було обґрунтовано і запропоновано модель управління ЯМД, яка базується на індустріальній моделі і реалізує сучасну концепцію безперервного поліпшення якості (БПЯ). Основними принципами концепції БПЯ є системний підхід, зосередження на потребах споживачів, робота в командах, а також науковий підхід, суть якого полягає в необхідності застосування статистичних методів виміру й оцінки внесених змін, використання фактичних даних, наукового обґрунтування гіпотез і перевірки їх в експерименті при прийнятті клінічних і управлінських рішень.

З позицій системного аналізу, модель процесу БПЯ представлено у вигляді безперервного циклічного процесу, який розпочинається з етапу визначення проблем щодо ЯМД і встановлення пріоритетів (рис. 3). Враховуючи спрямованість стратегії БПЯ на споживачів медичної допомоги та інших заінтересованих сторін, на цьому етапі вивчаються їх потреби та очікування; виділяються проблеми, які в першу чергу відповідають цим вимогам та можуть бути вирішені. На другому етапі визначаються цілі, яких треба досягти, і критерії їх досягнення. З використанням методів експертної оцінки, статистичного аналізу, системного і математичного моделювання на цьому етапі визначаються індикатори якості (структури, процесу, результату) та контрольні «очікувані» рівні показників. Головним орієнтиром оптимального рівня якості при цьому є стандарти (практичні керівництва, клінічні протоколи, організаційні стандарти, стандарти програм медичної допомоги, специфікації тощо).

Рис. 3. Модель процесу безперервного поліпшення якості медичної допомоги.

Далі йде блок вибору і прийняття оптимального рішення щодо шляхів подолання проблеми та досягнення цілей, який складається з декількох етапів (3-6 етапи). Слід відзначити, що на етапі пошуку альтернативних рішень щодо поліпшення ЯМД і побудови моделей можна розглядати варіанти внесення змін а) у процес медичної допомоги; б) у структуру або в) у процес і пов'язану з ним структуру. Для покращення процесів можна зменшити їх складність; усунути непотрібні етапи; позбавитися «зайвої» роботи; раціоналізувати етапи процесу; скоротити втрати. При внесенні змін у структурну компоненту наголос робиться на сучасній організаційній стратегії заміщення, яка дозволяє змістити акценти надання медичної допомоги у бік більш ефективних видів (зміна місця, технологій, персоналу). Вибір оптимальної альтернативи базується на оцінці максимального досягнення цілі при кожному варіанті.

Останнім етапом йде запуск процесу постійного вдосконалення системи управління

якістю – так званий цикл Демінга-Шухарта або цикл «Plan-Do-Check-Action» (PDCA): розробка плану дій (P), його реалізація (D), контроль і оцінка результатів (C), впровадження в практику тих змін, що посприяли поліпшенню якості (A) або нова корекція плану і повторення циклу. Цей цикл є дослідницьким компонентом програми БПЯ, оскільки не кожна зміна впливає на поліпшення ЯМД, і призначений для оцінки ефективності розроблених змін, їх удосконалення (за необхідністю) та забезпечення умов для впровадження у практику.

Ключовою ідеєю моделі є послідовне вирішення пріоритетної проблеми поліпшення якості медичного обслуговування населення шляхом удосконалення (перетворення) процесів і структури системи надання медичної допомоги на основі наукового аналізу даних про ефективність запропонованих заходів, у тому числі - перевірених в експерименті, із залученням різних рівнів системи охорони здоров'я (рис. 4).

Рис. 4. Структурно-процесний підхід до управління якістю медичної допомоги на різних рівнях системи охорони здоров'я.

Ефективність запропонованої моделі перевірялася спочатку на рівні окремого ЛПЗ шляхом проведення організаційного експерименту з впровадження програми БПЯ, який включав переважно організаційно-управлінські заходи щодо управління якістю, зокрема впровадження систематичного контролю і оцінки ЯМД по індикаторах якості. Як показали результати, запровадження програми (2003-2006 рр.) дозволило, з одного боку, частково покращити доступність хірургічної допомоги шляхом збільшення кількості радикальних втручань (з $63,6 \pm 1,5$ % до $76,9 \pm 1,6$ %; $p < 0,001$) і підвищення обґрунтованості профільної госпіталізації, поліпшити кінцеві показники діяльності (число операцій, пов'язаних з ускладненнями, зменшилося з $25,2 \pm 1,3$ % до $17,3 \pm 1,4$ %; $p < 0,001$), підвищити активність і заінтересованість у кращих результатах з боку персоналу, з іншого – продемонструвало обмеженість можливостей істотного підвищення якості. При аналізі результатів впровадження програми управління ЯМД у стаціонарі хірургічного профілю було підтверджено необхідність застосування наукового підходу до аналізу емпіричних даних. Зокрема показано, що традиційні методи розрахунку і порівняння статистичних показників без урахування їх варіабельності, оцінки достовірності відмінностей, стандартизації дають хибну оцінку, наприклад демонструючи погіршення показників ЯМД після впровадження змін. Водночас, застосування статистичних методів у поєднанні з ретельно проаналізованими первинними даними лікарняного і канцер-реєстрів дозволило виявити і систематизувати різні фактори і умови, що впливали на проблему ЯМД, і підтвердити ефективність впроваджених заходів.

Дослідженням встановлено, що головним чинником, що обмежує ефективність програм БПЯ, є зосередженість на оптимізації управління процесами медичного обслуговування на рівні закладу без вирішення питань щодо внесення змін у структурну компоненту якості медичного обслуговування населення. Аналогічні свідчення про те, що зусилля щодо удосконалення ЯМД в межах медичного закладу дозволяють певним чином вплинути лише на локальну ефективність (тобто дещо поліпшити діяльність цього закладу) та слабо пов'язані з підвищенням якості функціонування системи охорони здоров'я були отримані у ряді експериментальних досліджень (Ovretveit J., 2001).

Для забезпечення подальшого покращення якості необхідне або сполучення змін процесу та структури на рівні медичного закладу або втручання в процес управління ЯМД верхніх за ієрархією рівнів системи охорони здоров'я, зокрема для вирішення питань

перерозподілу ресурсів, забезпечення функціональної взаємодії медичних закладів різних типів і рівнів, тобто удосконалення структурної компоненти ЯМД.

Для апробації цього варіанту підвищення якості онкологічним хворим нами було проведено аналітично-порівняльне дослідження (квазіексперимент) ЯМД під час проведення РХЛ у стаціонарах різних типів ЛПЗ. Враховуючи головний принцип доказового менеджменту – базування на фактах, було визначено основні критерії ЯМД онкологічним хворим при РХЛ, що дозволяють оцінити всі три аспекти якості, запропоновані А. Donabedian (структуру, результат і процес медичного обслуговування). Основним класифікаційним критерієм структури визначено місце проведення радикального протипухлинного лікування (тип ЛПЗ). До критеріїв результату віднесені: показники п'ятирічної виживаності і тривалості життя, якість життя, задоволеність хворих ЯМД, задоволеність медичного персоналу та організаторів охорони здоров'я якістю медичного обслуговування онкологічних хворих; до критеріїв процесу - випадки необґрунтованого недотримання стандартів діагностики і лікування основного захворювання, тривалості госпіталізації, дефекти лікувально-діагностичного процесу з приводу супутніх захворювань та ускладнень, стан інформаційних комунікацій між пацієнтами і медичним персоналом.

Аналіз впливу різних факторів на показники результативності після проведення радикального протипухлинного лікування показав, що показники виживаності хворих, прооперованих у спеціалізованих онкологічних закладах (І тип) і високоспеціалізованих відділеннях (проктологічних, хірургічних тощо) стаціонарних закладів третинного і вторинного рівня (ІІ тип), достовірно не відрізняються ($p > 0,10$), проте в інших стаціонарах загально лікувальної мережі (ІІІ тип) при локалізаціях пухлин у шлунку та товстому кишечнику вони суттєво нижчі ($p = -0,12$ і $p = -0,10$, $p < 0,05$) (рис. 5).

Рис. 5. Криві виживаності хворих на злоякісні новоутворення товстого кишечника після проведення радикального хірургічного лікування у стаціонарах різних типів ЛПЗ (стандартизовані).

Причому при проведенні радикальних операцій при злоякісних новоутвореннях шлунку у ЛПЗ ІІ типу виживаність пацієнтів прямо залежить від частоти виконання подібних втручань у стаціонарах ($r = 0,16$, $p < 0,001$). При виконанні менше 20 РХЛ щорічно 5-річна виживаність становила $16,7 \pm 5,1$ %, при кількості випадків лікування більше 20 – $40,7 \pm 9,5$ % ($p < 0,05$). Крім цього, виявлено, що 5-річна виживаність і тривалість життя померлих онкологічних хворих після проведення РХЛ достовірно ($p < 0,001$) залежать від локалізації злоякісного новоутворення ($p = 0,13 \pm 0,25$), а суттєвий вплив на зменшення виживаності і тривалості життя онкологічних хворих, незалежно від місця виконання РХЛ та локалізації пухлини, мають стадія захворювання ($p = 0,23 \pm 0,29$; $p < 0,001$) і вік хворих ($p = 0,08 \pm 0,13$; $p < 0,001$).

Профіль ЯЖ по всіх критеріях загального опитувальника SF36 достовірно не розрізняється ($p > 0,05$) по хірургічних стаціонарах різних типів ЛПЗ (рис. 6).

Рис. 6. Профілі якості життя онкологічних хворих, госпіталізованих у стаціонари різних типів ЛПЗ (стандартизовані): ФА - фізична активність; РФ - рольове фізичне функціонування або вплив фізичного стану на повсякденну діяльність; Б - вираженість болю; ЗЗ - загальний стан здоров'я; ЖА - життєва активність; СА - соціальна активність; РЕ - рольове емоційне функціонування; ПЗ - стан психічного здоров'я.

Водночас, з'ясовано, що на оцінку ЯЖ негативно впливає низька задоволеність

пацієнтів ЯМД у стаціонарі. Зокрема незадоволеність організацією діагностики і лікування, насамперед через причини матеріального характеру, впливає на показники психічного здоров'я ($r = 0,1840,21$; $p < 0,05$), а діяльністю медичного персоналу і умовами побуту в стаціонарі - на обмеження фізичної активності онкохворих ($r = 0,17$; $p < 0,05$). Для всіх онкологічних хворих характерним є високий рівень особистісної тривожності, оціненої за методикою Спілбергера-Ханіна. Проте, пацієнти спеціалізованих онкологічних закладів мають підвищені рівні показника ситуативної тривожності ($34,6 \pm 1,3$ проти $31,6 \pm 1,0$ балів; $p = 0,07$), в тому числі - високий (більше 45 балів) – $13,2\%$ проти $2,2\%$ ($p < 0,05$), що свідчить про можливий вплив місця отримання медичної допомоги на рівень тривоги.

Загальний показник задоволеності пацієнтів лікуванням і доглядом достовірно не розрізняється по стаціонарах різних типів ЛПЗ – середній бал задоволеності за чотирибальною шкалою становить у спеціалізованих закладах – $3,61 \pm 0,03$, у багатoproфільних лікарнях – $3,57 \pm 0,04$ ($p > 0,10$). Водночас встановлено, що цей показник прямо залежить від ступеня покращення стану здоров'я хворих на момент виписки із стаціонару ($r = 0,26$, $p < 0,001$), зворотно – від неврегульованого залучення коштів пацієнтів на проведення діагностичних досліджень та лікувальних маніпуляцій ($r = -0,18$; $p < 0,05$). Останнє, а також недостатній рівень інформування пацієнтів про операцію, її очікувану ефективність ($3,53 \pm 0,04$ бали в ЛПЗ I типу проти $3,39 \pm 0,04$ в ЛПЗ II типу; $p < 0,05$) та надання рекомендацій після виписки ($3,57 \pm 0,04$ проти $3,34 \pm 0,04$ бали відповідно; $p < 0,001$) є основними причинами незадоволеності пацієнтів організацією лікувально-діагностичного процесу та діяльністю медичного персоналу в багатoproфільних стаціонарах. Незадоволеність організацією та діяльністю медичного персоналу в спеціалізованих онкологічних закладах більшою мірою обумовлена недостатньою оснащеністю стаціонарів медичним обладнанням та інструментарієм ($77,3 \pm 6,3\%$ випадків проти $36,8 \pm 7,8\%$ в ЛПЗ II типу; $p < 0,001$), що призводить до необхідності виконання ряду обстежень і консультацій в інших лікувальних закладах ($19,5 \pm 4,5\%$ проти $3,3 \pm 2,3\%$; $p < 0,01$). Своєчасність госпіталізації і суб'єктивна оцінка ефективності лікування вище ($p < 0,001$) у пацієнтів багатoproфільних лікарень: $70,4 \pm 3,2\%$ пацієнтів у ЛПЗ II типу проти $53,6 \pm 3,3\%$ в ЛПЗ I типу не відкладали госпіталізацію; $83,6 \pm 2,6\%$ проти $62,3 \pm 3,2\%$ відмітили покращення стану здоров'я та самопочуття після лікування.

Загальні оцінки лікарів, що працюють у стаціонарах різних типів ЛПЗ, якості медичного обслуговування онкологічних хворих не відрізняються ($3,12 \pm 0,09$ бали в ЛПЗ I типу проти $3,00 \pm 0,07$ в ЛПЗ II типу; $p > 0,10$). Понад 75% лікарів задоволені ЯМД, яку одержують онкологічні хворі під час РХЛ. За рейтингом задоволеності найбільші розбіжності між стаціонарами стосуються інформування пацієнтів про захворювання – $3,22 \pm 0,08$ бали в ЛПЗ I типу (2 місце) проти $3,04 \pm 0,08$ в ЛПЗ II типу (7 місце). З точки зору лікарів, найбільш реалізованими на сьогодні умовами забезпечення ЯМД онкологічним хворим під час проведення РХЛ у стаціонарах усіх типів ЛПЗ є: своєчасне отримання патогістологічного висновку і можливість надання хворим адекватної допомоги при виникненні ускладнень. Водночас, у спеціалізованих онкологічних закладах є більше можливостей для отримання хворими променевої і хіміотерапії під час перебування в хірургічному стаціонарі ($2,95 \pm 0,12$ бали в ЛПЗ I типу проти $2,30 \pm 0,10$ в ЛПЗ II типу; $p < 0,001$), для виконання всього обсягу діагностичних досліджень і лікувальних процедур стосовно основного захворювання в одному ЛПЗ ($2,96 \pm 0,10$ проти $2,69 \pm 0,09$; $p < 0,05$); у багатoproфільних лікарнях – кращі умови для надання допомоги у разі загострення супутніх захворювань ($2,82 \pm 0,11$ проти $3,08 \pm 0,08$ відповідно; $p = 0,06$) і виникнення ускладнень ($3,0 \pm 0,09$ проти $3,23 \pm 0,07$; $p < 0,05$), більша потужність операційних блоків, що

дозволяє виконувати хірургічні втручання без черги ($2,58 \pm 0,12$ проти $2,98 \pm 0,09$; $p < 0,01$).

Слід зазначити, що оцінка результатів соціологічних досліджень проводилась нами за методикою двомірного аналізу «важливість-виконання», який враховує той факт, що задоволеність наданою допомогою – багатомірне явище, яке залежить від ступеня важливості цих компонентів для людей. Абсолютна більшість опитаних лікарів всіх типів ЛПЗ (84,4-100 %) вважають усі складові організації лікувального-діагностичного процесу важливими для забезпечення ЯМД онкологічним хворим (середні бали важливості за чотири- бальною шкалою дорівнювали 3,42-3,73). Проте, співставлення оцінок важливості і задоволеності існуючими організаційними умовами в стаціонарах для проведення РХЛ онкологічних хворих висвітлює вказані вище розбіжності між стаціонарами різних типів ЛПЗ (рис. 7).

Рис. 7. Оцінка медичним персоналом важливості і задоволеності наявністю організаційних умов у стаціонарі для проведення радикального хірургічного лікування онкологічних хворих.

Так, у ЛПЗ I типу в сегменті «Успішні результати» (при високій оцінці важливості критерію досягнутий високий рівень задоволеності показником) опинилися лише дві компоненти – своєчасне отримання патогістологічного висновку (6-а компонента) і можливість надання хворим адекватної допомоги при виникненні ускладнень (5-а). Реалізація всіх інших компонентів лікування онкологічних хворих у ЛПЗ I типу, насамперед збільшення потужностей операційних блоків (7-а) та надання допомоги при загостренні супутніх захворювань (4-а), опинилися в сегменті «Зосередитися на цьому», тобто потребують уваги з метою забезпечення відповідної ЯМД. Аналогічний аналіз думок лікарів ЛПЗ II типу показав, що крім 5-ої і 6-ої компонентів у сегменті «Успішні результати» опинилися 4-а і 8-а складові стаціонарного лікування, тобто в багатoproфільних лікарнях є можливості для проведення лікувально-діагностичних заходів не лише стосовно основного захворювання та його ускладнень, але й забезпечення ліжками всіх хворих, які потребують проведення хірургічних операцій.

Такі ж переваги багатoproфільних лікарень відмітили організатори охорони здоров'я: оцінка потужностей операційних блоків - $3,23 \pm 0,27$ бали в ЛПЗ II типу проти $2,00 \pm 0,35$ в ЛПЗ I типу ($p < 0,05$), забезпеченості ліжками – $3,17 \pm 0,20$ проти $2,71 \pm 0,33$ ($p > 0,10$).

За даними експертної оцінки не виявлено достовірних відмінностей ($p > 0,10$) між стаціонарами різних типів ЛПЗ щодо відповідності існуючим стандартам обсягу і складу діагностичних досліджень ($94,8 \pm 1,5$ % в ЛПЗ I типу проти $92,9 \pm 2,1$ % в ЛПЗ II типу) і характеру хірургічних втручань з приводу основного захворювання ($94,8 \pm 1,5$ % проти $93,5 \pm 2,0$ % відповідно). Проте, кількість адекватно виконаних діагностичних і лікувальних заходів з приводу супутніх захворювань у онкологічних хворих була достовірно вища ($p < 0,01$) в хірургічних стаціонарах багатoproфільних лікарень (адекватність діагностики – $75,0 \pm 3,5$ % в ЛПЗ I типу проти $90,6 \pm 2,7$ % в ЛПЗ II типу; адекватність профілактичного лікування загострень – $82,2 \pm 3,1$ % проти $94,0 \pm 2,2$ %), що пов'язано з наявністю в таких закладах відповідних ресурсів (фахівців, діагностичних і лікувальних технологій різного профілю). Про існуючі резерви ліжкового фонду в багатoproфільних лікарнях свідчать високі показники необґрунтованих випадків подовження термінів перебування у стаціонарі ($38,7 \pm 3,3$ % в ЛПЗ I типу проти $69,5 \pm 3,7$ % в ЛПЗ II типу; $p < 0,001$), особливо на

передопераційному етапі ($20,3 \pm 2,8$ % проти $59,1 \pm 4,0$ %; $p < 0,001$).

Таким чином, за даними експертної оцінки адекватності медичної допомоги і соціологічного опитування медичного персоналу й організаторів охорони здоров'я відзначено наявність кращих можливостей багатопрофільних лікарень у забезпеченні ЯМД онкологічним хворим під час проведення РХЛ (потужність операційних, відсутність черг на госпіталізацію через недозавантаження ліжкового фонду, наявність обладнання і спеціалістів для діагностики і лікування супутніх захворювань та ускладнень тощо).

Відомо, що реформування сектора охорони здоров'я залежить не тільки від наявності фахівців, але й від їхнього розуміння та готовності до змін. Розглядаючи перспективи покращення ЯМД онкологічним хворим, практикуючим лікарям і організаторам охорони здоров'я різних типів ЛПЗ було запропоновано обрати оптимальний сценарій організації РХЛ – виконання РХВ тільки у спеціалізованих онкологічних закладах (І сценарій) або поширення цієї практики на спеціалізовані хірургічні відділення багатопрофільних ЛПЗ за умови а) проведення РХЛ відповідно підготовленими фахівцями; б) РХЛ є єдиним методом протипухлинного лікування; в) застосування РХЛ не передбачає проведення променевої терапії в найближчому перед- і післяопераційному періоді (ІІ сценарій).

Більшість опитаних лікарів ($77,3 \pm 2,9$ %) із стаціонарів обох типів ЛПЗ ($60,2 \pm 5,4$ % ЛПЗ І типу і $88,3 \pm 2,8$ % ЛПЗ ІІ типу) підтримали ІІ сценарій проведення РХЛ, тобто можливість виконання РХЛ не лише в спеціалізованих ЛПЗ, а й у спеціалізованих відділеннях багатопрофільних лікарень. Додаткова аргументація щодо доцільності використання стаціонарів різних типів ЛПЗ для надання спеціалізованої медичної допомоги онкологічним хворим отримана при проведенні експертної оцінки. На думку експертів, адекватним місцем надання медичних послуг під час проведення РХЛ для $17,8 \pm 2,0$ % онкологічних хворих, які потребують проведення променевої терапії в найближчому перед- і післяопераційному періоді, є спеціалізовані онкологічні заклади; для $16,1 \pm 1,9$ % пацієнтів старшого віку з супутньою патологією – профільні відділення багатопрофільних лікарень, завдяки можливості отримання хворими кваліфікованої допомоги з боку фахівців різного профілю у зв'язку з ускладненням хірургічного лікування або загостренням супутніх хронічних захворювань; більшість ($66,1 \pm 2,5$ %) хворих можуть отримати якісну медичну допомогу як у спеціалізованих онкологічних закладах, так і в стаціонарах багатопрофільних лікарень.

Аналогічна практика надання медичної допомоги онкологічним хворим у багатопрофільних лікарнях в рамках спеціалізованих клінік поширена у розвинутих європейських країнах.

Водночас, обираючи сценарій проведення РХЛ, організатори охорони здоров'я, на відміну від лікарів, продемонстрували налаштованість на захист інтересів своїх закладів. Так, 6 із 7 управлінців спеціалізованих онкологічних закладів обрали І сценарій, аргументуючи це наявністю умов для комплексного лікування основного захворювання, перш за все, для проведення променевої і хіміотерапії. Аналогічно більшість управлінців ЛПЗ ІІ типу (11 із 13 осіб) підтримали ІІ сценарій ($p < 0,01$, порівняно з організаторами охорони здоров'я із ЛПЗ І типу), хоча їх аргументація була більш багатогою. На думку управлінців ЛПЗ ІІ типу, застосування ІІ сценарію забезпечить комплексність лікування не тільки основного, але й супутніх захворювань та їх ускладнень ($p < 0,05$), вирішення проблеми дефіциту ліжок для надання допомоги онкологічним хворим ($p < 0,05$), раціональне навантаження на операційні блоки ($p < 0,05$) і підвищення ефективності використання ресурсів ($p < 0,05$).

В цілому результати порівняльного аналізу показали, що тип ЛПЗ, де проводиться

РХЛ, не є суттєвим фактором, що впливає на результативність лікування онкологічних хворих, оцінену за показниками якості життя, виживаності, задоволеності пацієнтів і медичного персоналу (найвпливовішими факторами є стадія злоякісного процесу, локалізація пухлини і вік хворих), за умови наявності відповідно підготовленого персоналу і достатнього обсягу проведення втручань. Це підтверджують і дані експертної оцінки адекватності медичної допомоги.

Слід зауважити, що використання структурного підходу при вирішенні проблеми ЯМД (перерозподіл місця проведення лікування) на територіальному рівні дозволяє згладити гостроту дефіциту ліжкового фонду. Так, при змішаному варіанті організації надання медичної допомоги онкологічним хворим (із залученням як спеціалізованих, так і багатопрофільних лікарень – варіант реалізований у Дніпропетровській області) дефіцит ліжок значно менший, ніж при централізованому (відповідно $34,4 \pm 1,2 \%$ і $53,3 \pm 1,6 \%$; $p < 0,001$) (див. табл. 1). При цьому комплексність лікування, коли допомога надається як з приводу основного, так і супутніх захворювань та ускладнень, поліпшується. Це у підсумку відбивається на покращенні загальних показників здоров'я населення, зокрема при змішаному варіанті нижчі рівні загальної смертності від злоякісних новоутворень, розраховані за стандартом ($194,8 \pm 2,4$ проти $208,4 \pm 5,7$ ‰; $p < 0,05$), менша кількість занедбаних випадків раку (у середньому в 1,6 рази).

Таким чином, квазіексперимент з використанням порівняльного аналізу свідчить, що залучення до процесу надання допомоги онкологічним хворим шпитальних ресурсів ЛПЗ різної підлеглості, ієрархічного рівня і спеціалізації може сприяти істотному підвищенню ЯМД, зокрема через поліпшення доступності та забезпечення комплексності і системності лікування, які доцільно використовувати при цілеспрямованих структурних перетвореннях системи медичної допомоги в Україні.

В цілому узагальнення світового досвіду і результатів власних досліджень (організаційного експерименту на рівні окремого ЛПЗ і аналітично-порівняльного дослідження на територіальному рівні) дозволило визначити, що процес внесення змін доцільно проводити послідовно, рухаючись у напрямку від закладу до територіальної системи медичної допомоги; починати зі спроби поліпшити зв'язки між елементами системи, тобто процеси, а потім впливати на склад елементів - структуру.

Необхідно зазначити, що використання інструментів для перевірки ефективності пропонуваного управлінських рішень на основі аналізу великих сукупностей фактичних даних дозволяє отримати систему доказів, що відповідає сучасним принципам доказового менеджменту і підходам Європейського регіонального бюро ВООЗ щодо оцінки організаційно-управлінських технологій в охороні здоров'я. Розроблений та запропонований комплекс заходів з управління ЯМД на основі концепції безперервного поліпшення якості можливо використовувати при здійсненні структурно-процесних перетворень на всіх рівнях системи охорони здоров'я, в її окремих службах та підрозділах, що дозволить забезпечити ефективне вирішення нагальних проблем якості медичного обслуговування і таким чином підвищити загальну результативність системи – її вплив на показники здоров'я населення.

ВИСНОВКИ

В роботі вирішено актуальну наукову проблему щодо підвищення якості стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні шляхом удосконалення механізмів управління якістю з використанням структурно - процесного підходу. Встановлено закономірності та особливості організації радикального хірургічного лікування онкологічних хворих і основні фактори, що впливають на якість їх медичного

обслуговування. Розроблено та апробовано концептуальну модель безперервного поліпшення якості медичної допомоги. Доведено, що підвищення результативності системи охорони здоров'я можна досягти поєднанням перетворень процесів і структури на різних рівнях медичної допомоги (медичний заклад - територіальна система охорони здоров'я).

1. Аналіз міжнародного та вітчизняного досвіду засвідчив, що необхідність запровадження нових підходів до управління якістю медичного обслуговування населення в Україні, обумовлена як негативними тенденціями у стані здоров'я населення, його низькою задоволеністю якістю медичної допомоги на фоні дефіциту і нераціонального використання ресурсів, так і обмеженістю існуючих у країні механізмів забезпечення та оцінки якості щодо комплексного вирішення проблеми, в тому числі при проведенні структурних перетворень у стаціонарному секторі.

2. Встановлено на масиві даних обласних канцер-реєстрів (41614 випадків) переважання в структурі технологій радикального протипухлинного лікування хірургічних втручань як монометоду ($47,5 \pm 0,3$ % випадків) та його комбінацій з променевою терапією ($21,6 \pm 0,2$ %). Більшість курсів променевої ($70,7 \pm 0,3$ %) і хіміотерапії ($68,6 \pm 0,2$ %) проводиться у віддаленому післяопераційному періоді.

3. Визначено, що місце виконання радикальних хірургічних втручань чітко не регламентовано нормативно-правовими актами; в реальних умовах склалися два варіанти регіональної організації стаціонарної допомоги – переважна централізація (понад 90 %) обсягу допомоги на рівні спеціалізованих онкологічних закладів і змішана форма, коли допомога надається у різних типах ЛПЗ, в тому числі - (понад 30 %) у високоспеціалізованих відділеннях (урологічних, проктологічних тощо) багатoproфільних лікарень третинного і вторинного рівня. Близько 2/3 втручань ($63,6$ - $76,7$ %) за більшістю локалізацій проводяться у спеціалізованих онкологічних закладах, решта ($30,9$ - $18,2$ %) - у високоспеціалізованих відділеннях багатoproфільних лікарень, що, в основному, відповідає структурі розміщення ліжкового фонду для онкологічних хворих; лише 5 % хірургічних втручань виконуються у непрофільних стаціонарах загально лікувальної мережі.

4. Встановлено на репрезентативній вибірці (366 закінчених випадків радикального хірургічного лікування хворих на ЗН ведучих локалізацій), що обсяг і склад діагностичних досліджень, хірургічного лікування та його комбінацій з іншими видами протипухлинної терапії (променевої і/або хіміотерапії) за основним захворюванням у понад 94 % випадків є адекватним і достовірно не розрізняється по типах ЛПЗ. Виявлено, що комплексність лікування хворих з урахуванням супутньої патології (66,9 % пацієнтів) та ускладнень (13,7 %) більшою мірою забезпечується у стаціонарах багатoproфільних лікарень, завдяки наявності в них відповідних ресурсів: адекватність діагностичних і лікувальних заходів з приводу супутніх захворювань становить 90,6-94,4 % у багатoproфільних лікарнях проти 75-82,2 % ($p < 0,01$) в спеціалізованих онкологічних закладах; 3,8 % хворих з ускладненнями із спеціалізованих онкологічних закладів переводять для подальшого лікування до лікарень загально лікувальної мережі.

5. Визначено, що різні учасники лікувально-діагностичного процесу (пацієнти, медичний персонал, організатори охорони здоров'я) виявляють різний рівень задоволеності ЯМД в цілому та її аспектами: повністю задоволеними були 68,5 % пацієнтів (середній бал за чотирибальною шкалою - $3,59 \pm 0,08$), 24,2 % практикуючих лікарів ($3,05 \pm 0,06$), 15,0 % керівників закладів ($2,70 \pm 0,16$). Серед основних причин незадоволення – недостатнє оснащення стаціонару необхідним обладнанням і забезпечення медикаментами, обмеження для надання комплексної допомоги в спеціалізованих онкологічних закладах з приводу супутніх захворювань та ускладнень, недостатній рівень інформування пацієнтів про захворювання, ефективність операції та надання рекомендацій після виписки у

багатопрофільних лікарнях.

6. Розроблено і запропоновано модель управління ЯМД, яка базується на сучасній концепції безперервного поліпшення якості. Принциповою особливістю даної моделі є: зосередженість на обґрунтуванні оптимальних управлінських рішень щодо шляхів подолання проблем і досягнення цілей, пов'язаних з якістю; структурно-процесний підхід до внесення змін у систему якості медичної допомоги (у процес медичної допомоги, у структуру або у процес і пов'язану з ним структуру); послідовне залучення різних рівнів системи охорони здоров'я – від удосконалення процесів надання медичної допомоги на рівні окремого лікувального закладу до оптимізації структури медичного обслуговування на територіальному або державному рівні.

7. Встановлено, що удосконалення процесів надання медичної допомоги у рамках програми управління якістю на рівні окремого лікувального закладу дозволяє частково збільшити доступність хірургічної допомоги шляхом збільшення кількості радикальних втручань (з $63,6 \pm 1,5$ % до $76,9 \pm 1,6$ %; $p < 0,001$) і підвищення обґрунтованості профільної госпіталізації, поліпшити кінцеві показники діяльності (число операцій, пов'язаних з ускладненнями, зменшилося з $25,2 \pm 1,3$ % до $17,3 \pm 1,4$ %; $p < 0,001$), проте свідчить про обмеженість можливостей для істотного підвищення якості.

8. За даними порівняльного аналізу виявлено, що тип ЛПЗ, де проводиться радикальне хірургічне лікування, суттєво не впливає на результативність лікування онкологічних хворих. Незалежно від місця проведення РХЛ, суттєвий вплив ($p < 0,05$) на зменшення виживаності онкологічних хворих мають локалізація пухлин (коефіцієнт кореляції $r = 0,13$), стадія захворювання ($r = 0,29$) і вік хворих ($r = 0,13$); на рівень якості життя – соціальні фактори ($r = 0,18 \div 0,32$), перебіг післяопераційного періоду та тривалість госпіталізації ($r = 0,20 \div 0,31$); на задоволеність хворих – ступінь покращення стану здоров'я на момент виписки із стаціонару ($r = 0,26$) і неврегульоване залучення коштів пацієнтів на проведення діагностичних досліджень та лікувальних маніпуляцій ($r = -0,18$).

9. Дослідженням визначено, що залучення до процесу надання допомоги онкологічним хворим шпитальних ресурсів ЛПЗ різної підлеглості, ієрархічного рівня і спеціалізації може сприяти істотному підвищенню якості, зокрема доступності медичної допомоги (зменшення дефіциту ліжок з $53,3 \pm 1,6$ % при централізованому варіанті до $34,4 \pm 1,2$ % при змішаному; $p < 0,001$), за умов: наявності відповідно підготовленого персоналу, достатнього обсягу проведення втручань, можливості при необхідності одержати комбіноване/ комплексне протипухлинне лікування у найближчому перед- або післяопераційному періоді (близько 18 % випадків, переважно при новоутвореннях молочної залози), можливості отримання хворими кваліфікованої допомоги з боку фахівців різного профілю у зв'язку з ускладненням хірургічного лікування або загостренням супутніх захворювань (16 %, переважно для пацієнтів старшого віку з супутньою патологією). Такі підходи підтримує більшість практикуючих лікарів ($77,3 \pm 2,9$ %) всіх типів ЛПЗ.

10. На прикладі медичного обслуговування онкологічних хворих, які потребують радикального хірургічного лікування, шляхом проведення організаційного експерименту на базі окремого закладу і квазіексперименту на територіальному рівні з використанням порівняльного аналізу доведено дієвість запропонованої моделі безперервного поліпшення якості медичної допомоги на основі структурно-процесного підходу.

11. Розроблено та запропоновано комплекс заходів щодо застосування структурно-процесного підходу до управління якістю медичної допомоги на основі концепції безперервного поліпшення якості, впровадження якого при здійсненні перетворень у системі охорони здоров'я або її окремих службах дозволить забезпечити ефективне вирішення

нагальних проблем якості медичного обслуговування і таким чином підвищити загальну результативність системи – її вплив на показники здоров'я населення. Об'єктом такого підходу на рівні медичного закладу повинно бути перш за все удосконалення процесів надання медичної допомоги, на територіальному рівні – оптимізація структури медичного обслуговування, що забезпечить цільову спрямованість, сполученість та певну послідовність перетворень – медичний заклад -територіальна система охорони здоров'я.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати:

1. Міністерству охорони здоров'я України:

- при розробці заходів щодо оптимізації мережі закладів охорони здоров'я (Постанова КМ України № 1487-р від 12 листопада 2008 р.) враховувати потреби населення в медико-санітарній допомозі та їх вплив на якість медичної допомоги.

- при розробці типових програм управління якістю медичної допомоги для лікувально-профілактичних закладів враховувати структурно-процесний підхід щодо проведення цілеспрямованих перетворень як на рівні закладу, так і на територіальному рівні через оптимізацію структури медичного обслуговування;

- запровадити експертизу розробок щодо організаційних перетворень у системі охорони здоров'я на їх адекватність сучасним вимогам якості медичної допомоги;

2. Міністерству охорони здоров'я АР Крим, управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головним лікарям центральних міських та центральних районних лікарень:

- вирішувати проблеми дефіциту ліжкового фонду для надання спеціалізованої медичної допомоги, як проблеми її доступності, шляхом використання потужностей стаціонарного сектору загально-лікувальної мережі;

- на виконання наказу МОЗ України № 340 від 25.06.2008 р. «Про затвердження Плану заходів на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року» запровадити у систему управління діяльністю лікувально-профілактичних закладів програми управління якістю медичної допомоги;

- застосовувати при оцінці якості медичної допомоги соціологічні опитування представників усіх сторін-учасників лікувально-діагностичного процесу: пацієнтів, персоналу, керівників закладів, громадськості;

- запровадити методику двомірного аналізу «важливість-виконання» для оцінки задоволеності споживачів - пацієнтів і медичного персоналу якістю медичного обслуговування.

3. Вищим медичним навчальним закладам і закладам післядипломної медичної освіти:

- доповнити програми навчання студентів з курсу «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» питаннями управління якістю медичної допомоги та доказового менеджменту;

- розробити навчальні програми та організувати для керівників органів і закладів охорони здоров'я та їх заступників, завідувачів відділень, фахівців економічних підрозділів навчання на циклах тематичного удосконалення з питань управління якістю медичної допомоги;

- розробити навчальні програми безперервної підготовки та підготувати посібники з управління якістю медичної допомоги для медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів усіх рівнів;

- продовжувати роботу щодо впровадження принципів доказового менеджменту в

програми науково-дослідницьких робіт, при оцінці ефективності управлінських рішень щодо поліпшення якості медичної допомоги з урахуванням впливу, який вони чинять на рівень якості життя хворих.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

У наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України

(* - особистий внесок здобувача):

1. Лехан В. Н. Проблемы организации специализированной помощи онкологическим больным с IV стадией заболевания / В. Н. Лехан, Д. Д. Дячук, О. Л. Зюков // Медицинские вести. - 1997. - № 2. - С. 36 - 38.

(* - участь у розробці концепції дослідження, написанні статті).

2. Лехан В. М. Демографічна та онкологічна ситуація в Україні і Херсонській області / В. М. Лехан, О. Л. Зюков, Д. Д. Дячук // Медичні перспективи. - 2002. - Т. VII, № 3. - С. 113 - 117.

(* - проведено аналіз літератури, визначено проблеми, взято участь у написанні статті).

3. Якість життя в медичних дослідженнях: (огляд літератури) / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, А. П. Гук, О. Л. Зюков // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2004. - № 1. - С. 57 - 61.

(* - проведено збір літературних джерел та їх аналіз, взято участь у оформленні статті).

4. Лехан В. М. Проблеми використання ліжкового фонду для надання допомоги онкологічним хворим в Україні / В. М. Лехан, О. Л. Зюков, О. М. Ліщишина // Охорона здоров'я України. - 2005. - № 3 - 4 (18 - 19). - С. 72 - 75.

(* - проведено збір матеріалу, взято участь в обробці матеріалів дослідження, обговоренні результатів, написанні статті).

5. Зюков О. Л. Задоволеність онкологічних хворих якістю медичної допомоги в хірургічних стаціонарах / О. Л. Зюков // Медичні перспективи. - 2005. - Т. X, № 4. - С. 139 - 144.

6. Лехан В. М. Порівняльна оцінка задоволеності онкологічних хворих якістю медичної допомоги в хірургічних стаціонарах / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2005. - № 4. - С. 57 - 62.

(* - організовано і проведено збір матеріалу, його обробку, взято участь у написанні та оформленні статті).

7. Зюков О. Л. Порівняльний аналіз онкологічної ситуації в Україні та на регіональних рівнях / О. Л. Зюков // Медичні перспективи. - 2006. - Т. XI, № 2. - С. 129 - 133.

8. Лехан В. М. Якість життя як критерій якості медичної допомоги / В. М. Лехан, О. Л. Зюков, А. В. Іпатов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2006. - № 3. - С. 95 - 100.

(* - здійснено постановку проблеми, проведено аналіз літератури та оформлено статтю).

9. Лехан В. М. Порівняльна оцінка якості життя онкологічних хворих як індикатор якості медичної допомоги в хірургічних стаціонарах різного типу / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2006. - № 4. - С. 51 - 55.

(* - організовано і проведено збір матеріалу, його обробка, написано статтю).

10. Зюков О. Л. Задоволеність онкологічних хворих якістю подання інформації як критерію реалізації прав пацієнтів / О. Л. Зюков // Охорона здоров'я України. - 2007. - № 1 (25). - С. 175 - 176.

11. Зюков О. Л. Стан та використання регіонального ліжкового фонду для організації радикального протипухлинного лікування / О. Л. Зюков // Медичні перспективи. - 2007. - Т. XII, № 2. - С. 155 - 160.

12. Зюков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «якість медичної допомоги» / О. Л. Зюков // Охорона здоров'я України. - 2007. - № 3 - 4 (27 - 28). - С. 54 - 59.
13. Карабелеш Є. Є. Сучасні підходи до управління якістю медичної допомоги в умовах клінічної лікарні / Є. Є. Карабелеш, О. Л. Зюков, І. С. Полінчук // Вісник морської медицини. - 2007. - № 2 (36). - С. 31 - 37.
(* - організовано проведення збору матеріалу, його обробка, написання статті).
14. Порівняльна оцінка результативності радикального протипухлинного лікування онкологічних хворих у лікувально - профілактичних закладах різних типів / В. М. Лехан, О. Л. Зюков, І. О. Губар, Г. М. Донченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2007. - № 2. - С. 12 - 16.
(* - організовано і проведено збір матеріалу, експертну оцінку, обробку та інтерпретацію результатів експертизи).
15. Зюков О. Л. Аналіз факторів, що впливають на різні характеристики якості медичної допомоги / О. Л. Зюков // Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. - 2008. - № 1(16). - С. 91 - 95.
16. Зюков О. Л. Ефективність впровадження програми управління якістю медичної допомоги онкологічним хворим / О. Л. Зюков // Лікарська справа. - 2008. - № 1. - С. 119-123.
17. Зюков О. Л. Задоволеність медичного персоналу хірургічних стаціонарів якістю медичного обслуговування онкологічних хворих / О. Л. Зюков // Медичні перспективи. - 2008. - Т. XIII, № 1. - С. 111 - 118.
18. Лехан В. М. Аналіз форм організації медичної допомоги онкологічним хворим, що потребують радикального протипухлинного лікування / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2008. - Т. 12, № 1. - С. 10 - 15.
(* - проведено аналіз літератури, визначено проблеми, виконано аналіз результатів, написано статтю).
19. Лехан В. М. Порівняльна оцінка задоволеності персоналу якістю медичного обслуговування онкологічних хворих у хірургічних стаціонарах / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2008. - № 1. - С. 25 - 31.
(* - проведено збір експериментального матеріалу, взято участь у обробці матеріалів дослідження, обговоренні результатів, сформульовано висновки).
20. Лехан В. М. Сучасна модель управління якістю медичної допомоги в Україні (структурно - процесний підхід) / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Охорона здоров'я України. - 2008. - № 1(29). - С. 28 - 33.
(* - взято участь у розробці концепції моделі, аналізі літературних джерел, написанні статті).
21. Зюков О. Л. Аналіз результатів організаційного експерименту з управління якістю медичної допомоги онкологічним хворим / О. Л. Зюков // Медичні перспективи. - 2008. - Т. XIII, № 2. - С. 126- 130.
22. Зюков О. Л. Порівняльний аналіз різних моделей управління якістю медичної допомоги / О. Л. Зюков // Україна. Здоров'я нації. - 2008. - № 2. - С. 159 - 163.
23. Лехан В. М. Порівняльний аналіз думок організаторів охорони здоров'я і практикуючих лікарів на проблему якості медичного обслуговування онкологічних хворих / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. - 2008. - № 2. - С. 22 - 27.
(* - проведено аналіз літератури, організовано і проведено збір матеріалу, проаналізовано результати, сформульовано висновки).

24. Експертна оцінка якості медичної допомоги онкологічним хворим у хірургічних стаціонарах. / О. Л. Зюков, І. Г. Образцов, Р. М. Молчанов, С. О. Гришко, І. С. Полінчук, В. О. Жердзицький // Охорона здоров'я України. - 2008. - № 2.- С. 38 - 42.

(* - організовано і проведено збір матеріалу, його обробку, написання статті).

25. Лехан В. М. Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. - 2008. - № 2-3 (18-19). – С 66 - 69.

(* - проведено аналіз літератури, визначено проблеми, написано статтю).

26. Лехан В. М. Наукове обґрунтування підходів до управління якістю стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги на принципах доказового менеджменту / В. М. Лехан, О. Л. Зюков // Україна. Здоров'я нації. – 2008. - № 3 - 4. – С.174-177.

(* - проведено аналіз літератури, визначено проблеми, написано статтю).

В інших виданнях:

1. Зюков О. Методический подход к изучению мнения населения о медицинском обслуживании / О. Зюков // Главный врач. – 2001. - № 11. – С. 29 – 34.

2. Задоволеність онкологічних хворих якістю медичної допомоги в хірургічних стаціонарах / О. Л. Зюков, Л. Я. Самчинська, Р. М. Романова, В. М. Шуть, Л. М. Бровко, І. В. Сокур // Головна медична сестра. – 2005. - № 6. – С.13 – 17.

(* - здійснено постановку проблеми, збір матеріалу, його обробку, написання статті).

3. Зюков О. Методичні підходи щодо розробки соціологічного опитування задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги (маркетингове дослідження) / О. Зюков // Головна медична сестра. – 2006. - № 2. – С. 10 – 17.

4. Зюков О. Менеджмент якості сестринської допомоги / О. Зюков // Головна медична сестра. – 2006. - № 6. – С. 22 – 24.

5. Зюков О. Л. Вплив сестринського догляду на рівень якості життя онкологічних хворих / О. Л. Зюков // Головна медична сестра. – 2007. - № 8. – С. 13 – 15.

6. Лехан В. М. Порівняльна характеристика обсягів і структури радикального протипухлинного лікування в медичних закладах різних типів / В. М. Лехан, О. Л. Зюков, І. О. Губар // Україна. Здоров'я нації. – 2007. - №1. – С. 67 – 71.

(* - проведено аналіз літератури, визначено проблеми, виконано аналіз результатів, написано статтю).

7. Зюков О. Л. Аналіз факторів, що впливають на результативність радикального протипухлинного лікування онкологічних хворих в лікувально – профілактичних закладах різних типів / О. Л. Зюков // Україна. Здоров'я нації. – 2007. - № 3-4.

8. Управление качеством медицинской помощи с использованием программы оценки по клиническим индексам / Е. Е. Карабелеш, О. Л. Зюков, Е. И. Волошина, И. С. Полинчук, А. А. Землянкин, В. В. Селищев, В. В. Панов, С. Е. Подлесный, С. Н. Арбузова // Главный врач. – 2007. - №7(75). – С.29 – 40.

(* - розроблено структуру програми, організовано і проведено збір матеріалу, його обробку, написання статті).

Інформаційні листи:

1. Організаційні форми і структури паліативної медичної допомоги онкологічним хворим у термінальний період життя / Уклад.: В. М. Лехан, Д. Д. Дячук, О. Л. Зюков, І. О. Губар : інформаційний лист з проблеми «Соціальна гігієна». – К., 2003. – Вип.2, № 105. – 4 с.

2.Лехан В. М. Оцінка задоволеності хворих якістю медичної допомоги в хірургічних стаціонарах / Уклад.: В. М. Лехан, О. Л. Зюков : інформаційний лист з проблеми «Соціальна гігієна та організація охорони здоров'я». – К., 2007. – Вип.8, № 70. – 4 с.

3.Зюков О. Л. Управління якістю медичної допомоги у хірургічних стаціонарах з використанням програми оцінки якості за клінічними індикаторами / Уклад.: О. Л. Зюков, Є. Є. Карабелеш : інформаційний лист з проблеми «Соціальна гігієна та організація охорони здоров'я». – К., 2008. – Вип.1, № 100. – 4 с.

Посібники:

1. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / [В. М. Лехан, А. В. Іпатов, Е. В. Борвінко, Л. В. Крячкова, О. Л. Зюков].- Дніпропетровськ: АРТ – ПРЕС, 2002. – 370 с.

(* - проведено збір, аналіз та обробку матеріалу з питання забезпечення якості медичної допомоги, написання 6-го розділу, складання контрольних питань до розділу)

2. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань: навч. посібник / [В. М. Лехан, Ю. В. Вороненко, О. П. Максименко, О. Л. Зюков, І. О. Губар]. – Дніпропетровськ: АРТ – ПРЕС, 2004. – 184 с.- (Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України для студентів вищих медичних навчальних закладів III – IV рівнів акредитації та лікарів (протокол №1 від 10.02. 2004 р.).

(* - виконано збір, аналіз, систематизацію матеріалу з питань клінічної епідеміології, написання 2-го розділу).

АНОТАЦІЯ

Зюков О.Л. *Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні. - Рукопис.*

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 - соціальна медицина. - Національний медичний університет імені О. О. Богомольця Міністерства охорони здоров'я України, Київ, 2009.

Дисертацію присвячено питанням обґрунтування підходів до управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного удосконалення процесів і структури медичного обслуговування на різних рівнях надання медичної допомоги (медичний заклад - територіальна система охорони здоров'я), базуючись на сучасній концепції безперервного поліпшення якості.

Досліджено закономірності та особливості організації радикального протипухлинного хірургічного лікування онкологічних хворих у стаціонарних умовах в Україні і на регіональних рівнях та основні фактори, що впливають на якість їх медичного обслуговування. Розроблена і апробована концептуальна модель безперервного поліпшення якості медичної допомоги шляхом проведення організаційного експерименту на рівні окремого лікувально-профілактичного закладу та аналітично-порівняльного дослідження (квазіексперименту) якості медичного обслуговування хворих у стаціонарах онкологічних спеціалізованих і багатoproфільних лікувальних закладів за різними критеріями якості (тривалість і якість життя, задоволеність пацієнтів і медичного персоналу, експертна оцінка адекватності допомоги).

Ключові слова: якість медичної допомоги, управління якістю, структурно-процесний підхід, безперервне поліпшення якості, спеціалізовані і багатoproфільні стаціонари, онкологічні хворі.

АННОТАЦИЯ

Зюков О.Л. *Обоснование структурно-процессного подхода к управлению качеством стационарной медицинской помощи онкологическим больным в Украине. - Рукопись.*

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 - социальная медицина. - Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца МЗ Украины, Киев, 2009.

Диссертация посвящена вопросам обоснования подходов к управлению качеством в здравоохранении Украины путем системного усовершенствования процессов и структуры медицинского обслуживания на разных уровнях предоставления медицинской помощи (лечебное учреждение - территориальная система здравоохранения), на основе современной концепции непрерывного улучшения качества.

На массиве данных областных канцер-регистров установлено, что в структуре технологий радикального противоопухолевого лечения преобладают хирургические вмешательства как монометод (47,5 % случаев), а большинство курсов лучевой (70,7 %) и химиотерапии (68,6 %) проводится в отдаленном послеоперационном периоде. Место выполнения радикальных хирургических вмешательств четко не регламентировано нормативно-правовыми актами; в реальных условиях сложились два варианта региональной организации стационарной помощи – преимущественная централизация (свыше 90 %) объема помощи на уровне специализированных онкологических учреждений и смешанная форма, когда помощь оказывается в разных типах лечебных учреждений, в том числе (свыше 30 %) в высокоспециализированных отделениях (урологических, проктологических и т.п.) многопрофильных больниц. Объем и состав помощи по основному заболеванию в большинстве случаев (свыше 94 %) является адекватным и достоверно не различается по типам лечебных учреждений. В то же время комплексность лечения больных с учетом сопутствующей патологии и осложнений в большей степени обеспечивается в стационарах многопрофильных больниц, благодаря наличию в них соответствующих ресурсов.

По данным социологических исследований установлено, что полностью удовлетворенными качеством медицинской помощи были 68,5 % пациентов, 24,2 % практикующих врачей и 15,0 % руководителей учреждений. Среди основных причин неудовлетворенности – недостаточное оснащение стационара необходимым оборудованием и обеспечение медикаментами, ограничения для предоставления комплексной помощи по поводу сопутствующих заболеваний и осложнений в специализированных онкологических учреждениях, недостаточный уровень информирования пациентов об эффективности операции и предоставления рекомендаций после выписки в многопрофильных больницах.

Разработана концептуальная модель непрерывного улучшения качества медицинской помощи, принципиальной особенностью которой является: сосредоточенность на обосновании оптимальных управленческих решений относительно путей преодоления проблем и достижения целей, связанных с качеством; структурно-процессный подход к внесению изменений в систему качества медицинской помощи (в процесс медицинской помощи, в структуру или в процесс и связанную с ним структуру); последовательное вовлечение разных уровней системы здравоохранения – от усовершенствования процессов предоставления медицинской помощи на уровне отдельного лечебного учреждения к оптимизации структуры медицинского обслуживания на территориальном или государственном уровне.

Предложенная модель апробирована путем проведения организационного эксперимента на уровне отдельного лечебно-профилактического учреждения и аналитически-сравнительного исследования (квазиэксперимента) качества медицинского обслуживания больных в стационарах онкологических специализированных и многопрофильных лечебных учреждений по различным критериям качества (продолжительность и качество жизни, удовлетворенность пациентов и медицинского персонала, экспертная оценка адекватности помощи).

Установлено, что усовершенствование процессов предоставления медицинской помощи на уровне отдельного лечебного учреждения демонстрирует ограниченность возможностей существенного повышения качества, позволяя лишь частично увеличить доступность хирургической помощи и улучшить конечные показатели деятельности.

По результатам квазиэксперимента выявлено, что тип учреждения, где проводится радикальное хирургическое лечение, не является существенным фактором, влияющим на результативность лечения онкологических больных (наиболее влияющими являются локализация опухоли, стадия заболевания, возраст больных). В то же время привлечение к процессу предоставления помощи онкологическим больным госпитальных ресурсов многопрофильных больниц может способствовать существенному повышению качества, в частности доступности медицинской помощи, при условиях: наличия соответственно подготовленного персонала, достаточного объема проведения вмешательств, возможности при необходимости получить комбинированное/ комплексное противоопухолевое лечение в ближайшем до- или послеоперационном периоде (около 18 % случаев), возможности получения больными квалифицированной помощи со стороны специалистов разного профиля в связи с осложнением хирургического лечения или обострением сопутствующих заболеваний (16 %). Такие подходы поддерживает большинство практикующих врачей (77,3 %) всех типов лечебных учреждений.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, управление качеством, структурно-процессный подход, непрерывное улучшение качества, специализированные и многопрофильные стационары, онкологические больные.

Summary

Zyukov O.L. *Substantiation of structural and processing approach of inpatient healthcare quality management to oncologic patients in Ukraine.* – Manuscript.

Dissertation for the Doctor of Medical Sciences degree in speciality 14.02.03 – social medicine. - Bogomolets National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2009.

The dissertation is devoted to the issues of substantiation of the approaches to healthcare quality management in Ukraine by improving systemic processes and structure of healthcare at different levels of caregiving (medical establishment – territorial healthcare system), based on the modern concept of continuous quality improvement. Certain rules and feature of inpatient radical antitumor surgical treatment, which oncological patients undergo both in Ukraine and on regional level were investigated, as well as major factors influencing the quality of medical care. Conceptual model of continuous healthcare quality improvement by conducting organizational experiment on a separate level of medical institution and analytical- comparative investigation (quasiexperiment) of quality caregiving in oncological and multiprofile clinics was developed and implemented, using different quality criteria (life-span and quality of life, satisfaction of patients and medical personnel, expert assessment of care adequacy).

Key words: healthcare quality, quality management, structural and processing approach, continuous quality improvement, specialized and multiprofile hospitals, oncological patients.