

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

УДК 614.001.7

Грига Ірена, Саврук Олександр, Рябцева Наталя

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ

У статті описано сучасну концепцію якості для охорони здоров'я. Обґрунтовано, що багатовимірна природа якості передбачає застосування системного, зосередженого на потребах клієнтів підходу для оцінки та покращення функціонування галузі. Описано логіку та результати застосування процесного підходу для аналізу та вдосконалення перинатальної допомоги.

Дослідження процесів у системі перинатальних послуг відбувалось шляхом експертного оцінювання за допомогою «матриці чинників, що забезпечують якість» у поєднанні з опитуванням клієнток пологових відділень. Розглянуто суть, переваги та перспективи застосованого підходу для управління процесами.

Складові якості в охороні здоров'я

«Економічні, ефективні та орієнтовані на пацієнта системи надання послуг, що генерують якісні результати та задоволеність клієнта...» [1] власне й визначають якість в охороні здоров'я.

Отже, якість охорони здоров'я - багатовимірне поняття. Так, вирізняють клінічну якість, якість надаваних послуг та якість управління. Головними учасниками, зацікавленими групами щодо покращення якості функціонування системи охорони здоров'я є пацієнт, сім'я, громада, медичні працівники, фармацевтичні працівники, освітяни та науковці, керівники охорони здоров'я та керівники місцевої влади.

Відповідно, покращення якості систем охорони здоров'я забезпечується узгодженням чотирьох складових. Перша та найважливіша - це *потреби пацієнтів та громади у медичній допомозі*, врахування яких має визначити побудову системи медичного обслуговування, де головними є орієнтація на пацієнта, доступність, вчасність та економічність надання допомоги, дієвість і безпечність медичних втручань. Це означає адекватність пропонованих послуг потребам населення, мінімізацію лікарських помилок та ефективність лікування, що ґрунтуються на доказовій медицині.

Друга складова - це створення *«мікросистем»*, які складаються з певного набору взає-

мопов'язаних процесів під час надання допомоги. Процеси базуються на простих правилах/концепціях, заснованих на знаннях, орієнтованих на клієнта та побудованих на взаємодії з огляду на цілісність системи.

Третя складова - це *організаційний контекст* закладів охорони здоров'я, в основу функціонування яких має бути покладена певна концептуальна модель лідерства, управління людськими ресурсами, інформаційними технологіями, фінансами. Керівник організації відповідає за діяльність організації в цілому та окремі процеси в ній.

Четверта складова системи включає *контекст середовища*, що визначається особливостями територіальної громади. Лідер у громаді при цьому координує діяльність керівників закладів охорони здоров'я, оскільки визначає концептуальні моделі фінансування, регулювання, акредитації, навчання тощо для власників процесів (керівників організацій). Основними індикаторами якості функціонування систем охорони здоров'я мають бути показники здоров'я населення, діяльності систем та окремих закладів. Якість включає також зосередженість на клієнті системи. При цьому, на думку Д. Бервіка, президента Інституту покращення послуг в охороні здоров'я, професора Гарвардської медичної школи, важливими є й такі параметри, як контроль за

лікуванням (наприклад, інформована згода, усвідомлення мети, наслідків, побічних ефектів, обмежень лікування та втручань, обговорення з лікарем лікувальної тактики, можливість обирати види втручання, лікаря, лікувальний заклад тощо на основі вичерпної інформації), очікування, розгубленість клієнта (що залежать від поінформованості), відчуття власної гідності, контроль болю тощо. Рівність (доступність, а також рівень та розподіл показників здоров'я, економічної захищеності, задоволеності у різних групах населення), зниження витрат часу та інших ресурсів також варто віднести до ключових параметрів якості охорони здоров'я. Очевидно, що наведені параметри не пов'язані безпосередньо з тривалістю життя пацієнта чи покращенням його функціонального статусу [2].

Відомо, що в Україні у 2002 р. майже 90 % громадян оцінили якість послуг у сфері охорони здоров'я, як «скоріше низьку та дуже низьку». При цьому, коли ми з'ясовуємо якість охорони здоров'я шляхом опитувань населення, то, як правило, отримуємо комплексну оцінку задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги, а також «готельними» умовами, рівнем комфорту, ставленням персоналу, географічною та фінансовою доступністю послуг, зручністю, обґрунтованістю та «доброзичливістю» втручань, процедур, направлень до інших спеціалістів, закладів тощо. На оцінку якості системи охорони здоров'я підсвідомо впливають такі моменти: вартість медичної допомоги, час, який витрачає пацієнт, щоб дістатись до медичного закладу, загальна робота закладу - зручність годин прийому лікаря, черги, наявність інформації, організація взаємодії між підрозділами та іншими закладами, а також санітарний стан.

Результати дослідження, проведеного Інститутом економічних досліджень та політичних консультацій 2005 р., свідчать, що, на думку пацієнтів, «якісну безоплатну медичну допомогу можна отримати як виняток, «якщо дуже пошастить», за якісну медичну допомогу необхідно платити лікарям, найкраще звертатися до лікарів за рекомендацією або до знайомих лікарів; державна районна поліклініка - головним чином є місцем для отримання довідок. При цьому лікарі вважають, що пацієнти їм платять за те, що задоволені якістю медичної допомоги та за якісні умови надання медичної допомоги. Пацієнти вважають, що платять за те, що задоволені якістю допомоги, за якісні умови надання медичної допомоги, за уважне ставлення лікарів, хоча й констатують, що факт оплати не гарантує надання якісної та вчасної допомоги [3].

Специфіка технологічного процесу медичної допомоги пов'язана з етичними та моральними аспектами, складністю організму людини, обмеженнями сучасних медичних знань, недостатньою визначеністю технологій втручання, непередбачуваністю результатів, особливостями стосунків «лікар-пацієнт» і залежністю клінічних результатів, насамперед, від довіри до лікаря. Недарма кажуть: «Краще мати одну хворобу, ніж двох лікарів»! До того ж «технологічний процес» у закладах охорони здоров'я складно контролювати з огляду на конфіденційність, приватність, асиметрію інформації та влади у лікаря та пацієнта, а також через унікальність кожного випадку. Саме тому пацієнт іноді відчуває залежність, безпорадність, розгубленість, а часом ще й приниженість, злість і образу.

Методологія дослідження

Система охорони здоров'я в Україні потребує докорінних змін. Українсько-Швейцарський проєкт «Покращання перинатальних послуг в Україні» (2005-2007 рр.) спрямований на модернізацію надання послуг у галузі охорони здоров'я матері та дитини на принципах якості та ефективності надання медичної допомоги й орієнтації на потреби клієнтів. З травня по жовтень 2005 р. було проведено ситуаційний аналіз (СА) у пілотних районах: Ратнівському і Горохівському районах Волинської та Калуському і Городенківському районах Івано-Франківської областей. Метою СА було дослідити ситуацію щодо перинатального здоров'я та системи надання перинатальних послуг у пілотних районах.

Першим етапом СА була швидка загальна оцінка ситуації (rapid participatory appraisal), що включала польові спостереження та інтерв'ю під час візитів до закладів охорони здоров'я в пілотних районах, огляд національної та регіональної політики у сфері перинатального здоров'я, наказів, інструкцій, публікацій, статистичних довідників, статистичних форм звітності, штатних розкладів, аналітичних звітів про роботу, матеріально-технічне оснащення, виконання бюджетів лікарняних установ районів. Крім того, було вибрано «еталонну» модель (Луцький міський пологовий будинок), яку можна пропонувати в пілотних районах. Отже, було проведено порівняльний аналіз [4].

У результаті польових візитів і попереднього аналізу отриманих даних, на другому етапі СА, було вирішено застосувати процесний підхід для покращення перинатальних послуг у пілотних районах з огляду на його «системність» та логіку, зосереджену на клієнтові. Процесний підхід

дає змогу формалізувати, систематизувати та надалі коригувати процеси задля забезпечення найбільш якісних результатів. Для визначення індикаторів функціонування системи надання перинатальних послуг та факторів, що на них впливають, було застосовано «матрицю чинників що забезпечують якість» (Critical-To-Quality Matrix).

Власне, процесний підхід та CTQ-matrix було запропоновано місцевим лідерам, оскільки вони виявили інтерес, готовність та здатність використовувати їх на практиці. Проектом передбачалась активна участь місцевих робочих груп, які склались із заступників начальників обласних управлінь охорони здоров'я (УОЗ) з материнства і дитинства, головних педіатрів областей, керівника відділу медичної статистики Волинського УОЗ, головних лікарів Центральних районних лікарень (ЦРЛ) пілотних районів та їх заступників, завідувачів пологових відділень ЦРЛ, районних педіатрів ЦРЛ, завідувача відділення патологій вагітності Луцького міського пологового будинку, старшого викладача кафедри соціальної медицини Івано-Франківської державної медичної академії тощо.

Спочатку місцевим робочим групам було запропоновано описати існуючу модель надання перинатальних послуг. Ідея та приклад такої моделі з огляду на процесний підхід та інструмент для оцінки її функціонування (CTQ matrix) були попередньо представлені під час навчального семінару. Потім упродовж наступного дводенного семінару модель, її етапи та процеси було узгоджено. Ця модель стала основою створення CTQ-matrix для кожного етапу надання перинатальних послуг. Детально опрацьовано також найважливіші індикатори функціонування системи перинатальних послуг та чинники впливу на ці індикатори шляхом експертного оцінювання.

Для триангуляції та врівноваження експертної оцінки було також заплановано опитування клієнтів щодо їх задоволеності послугами. Щоб прискорити процес репрезентативного опитування та зекономити ресурси, вирішено використовувати самозаповнювану анкету перед виписуванням жінок із пологових відділень ЦРЛ. Передбачалось, що медичний персонал не впливав на опитування. У межах СА проведено лише пілотне опитування. Потім опитували клієнтів на початку та наприкінці проекту для оцінки його результатів щодо покращення перинатальних послуг.

У анкеті, зокрема, були питання щодо сімейних стосунків, планування сім'ї та контрацепції, різних аспектів інформованості жінки, доступності медичних послуг, ставлення медичного персоналу, довіри до медичного персоналу, досвіду

пологів та перебування в пологовому відділенні, а також щодо оцінки показників та визначальних факторів перинатального здоров'я та функціонування системи надання послуг.

Під час проведення пілотного опитування, яке тривало з 15 серпня по 5 вересня 2005 р., з районів отримано 55 заповнених анкет. Для потреб СА проаналізовано лише оцінки жінками показників перинатального здоров'я й функціонування системи та найважливіші фактори впливу на ці показники. Таким чином, здійснено кількісний нерепрезентативний аналіз.

Отже, на другому етапі СА проведено експертне оцінювання функціонування системи перинатальних послуг за допомогою CTQ-matrix у поєднанні з опитуванням клієнток пологових відділень.

Етапи та процеси перинатальної допомоги

Спочатку було побудовано послідовний ланцюг етапів, які проходить жінка, та, згодом, і її новонароджена дитина в системі перинатальної допомоги. Таких етапів виділено шість: підготовка до вагітності, взяття на облік, спостереження за вагітною жінкою, пологи, ранній неонатальний період, період до виповнення дитині одного року. Кожний етап має супровідні процеси (табл. 1). Визначено відповідальних за виконання процесів у системі охорони здоров'я. Це насамперед працівники фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів), амбулаторій та ЦРЛ. Причому їх участь або неучасть визначали для кожного процесу окремо.

Було визначено також «додаткових акторів», залучення яких може покращити показники перинатального здоров'я та якість надання перинатальних послуг: школи, місцеві Ради, спонсори, родичі, медичні працівники, адміністративні працівники тощо та їх потенційна роль (табл. 2).

Після цього було проведено оцінку системи надання перинатальних послуг за допомогою CTQ-matrix.

Для кожного етапу насамперед виділяють кінцеві результати-індикатори - потреби клієнта, що мають бути задоволені. Вони власне і формують набір цінностей для клієнта («продукт»), який створює система, і визначаються відповідями на запитання: «Чого хоче/не хоче клієнт від системи?». Потім виявляють чинники, що впливають на якість реалізації процесів, спрямованих на задоволення потреб клієнта. Ці чинники з'ясовують за допомогою питання: «Як ми можемо задовольнити це?». Наприклад, потребою/цінністю для вагітної жінки є обізнаність щодо правильної поведінки під час вагітності; процесами в системі, які забезпечують задоволення потреби/

Таблиця 1. Етапи системи надання неринатальних послуг

Підготовка до вагітності	Взяття на облік (до 12 тижнів)	Спостереження за вагітною (до пологів)	Пологи	Ранній неонатальний період (до 3–5 днів)	Період до 1 року
Інформування школярів і жінок репродуктивного віку про методи планування сім'ї шляхом: навчальних занять у школах; індивідуальних консультацій під час медоглядів; інформаційних буклетів, листівок, плакатів, показів відеофільмів; проведення загальних профілактичних і діагностичних оглядів; виявлення жінок груп ризику, протипоказань до виношування вагітності; медико-генетичного консультування; оглядів вузьких спеціалістів, за потреби – лікування.	Взяття вагітної жінки на облік; регулярні огляди (з необхідною діагностикою, аналізами та вимірюваннями); індивідуальне консультування, інформування та підтримка вагітної; надання інформаційних матеріалів / показ відеофільмів; ведення документації / комп'ютерної бази; допологовий патронаж на дому для визначення умов життя вагітної; визначення дати пологів і попередження вагітної.	Огляди вагітної відповідно до складеного плану, в тому числі – патронаж на дому; проведення УЗ та іншої діагностики; визначення ступеня перинатального ризику; уточнення дати пологів, визначення терміну госпіталізації; огляди профільних спеціалістів; надання ургентної допомоги або допомоги при аборті; направлення до установи вищого рівня у разі високого ризику; індивідуальні консультації, інформування та підтримка вагітної; проведення «Школи материнства»; оформлення декретної відпустки.	Інформування вагітної про необхідний набір речей і медикаментів для пологів; транспортування вагітної до пологового будинку; госпіталізація вагітної; надання кваліфікованої допомоги та моніторинг пологів; організація відповідного готельного сервісу	Діагностика та моніторинг стану породіллі та немовляти; нагадування породіллі про правила догляду за немовлям і моніторинг виконання нею рекомендацій; забезпечення відповідного готельного сервісу; вчасне виписування породіллі з немовлям з пологового будинку (за відсутності ускладнень – на 3-й день).	Патронаж породіллі та немовляти; проведення профілактичних щеплень; індивідуальне консультування (у тому числі – з питань контрацепції); огляд у вузьких спеціалістів; за потреби – лікування; оформлення необхідних документів для отримання матеріальної допомоги.

Таблиця 2. «Додактові актори»

Школа	Сприяння медичним закладам в інформуванні школярів: – участь шкільної медсестри в заняттях і консультуванні; – надання приміщення для проведення занять; – розміщення інформаційних плакатів. Моніторинг стану здоров'я школярів.
Місцеві ради, спонсори	Сприяння медичним закладам в інформуванні школярів шляхом друкування інформаційних матеріалів. Сприяння щодо забезпеченості обладнанням, приміщенням, наявності комп'ютерної мережі в ЦРЛ, інформаційних матеріалів (буклетів, касет).
Родичі	Психологічний клімат, побутові умови, харчування.
Медичні працівники всіх рівнів	Налагодження довірливих стосунків з вагітною.
Адміністративні працівники	Допомога в оформленні документів.

створення цінності є індивідуальні консультації чи заняття в «Школі материнства».

У нашому випадку вихідним припущенням було те, що загальний рівень послуг є значно нижчим, ніж сформовані загальні очікувані

стандарты. Отже, ми мусили працювати в «негативному полі» - як досягти, а не як перевищити очікування. Саме тому замість потреб і, відповідно, запропонованих продуктів-цінностей клієнтам простіше було визначити негативні інди-

катори перинатального здоров'я та функціонування системи перинатальних послуг. Негативні індикатори виявляли за допомогою питання: «Чого не хоче клієнт?». Чинники з'ясовували через питання: «Що впливає на це?».

СТQ-matrix являє собою табличний процесор програми Pathmaker, по горизонталі якого внесено важливі для кожного етапу перинатального процесу індикатори. Важливість кожного індикатора для клієнта оцінювали, виходячи з 10 балів (10-максимум). По вертикалі до таблиць занесли важливі чинники, які впливають на визначені індикатори й відповідають на питання: «Чому це так?». Далі оцінювали вплив кожного чинника на кожний індикатор цінності для клієнта, виходячи з 10 балів (10-максимум). Сумарний рейтинг кожного фактора підраховується як сумарний вплив на всі ціннісні складові та дає можливість кількісно виразити вплив того чи іншого фактора на весь продукт для клієнта, що визначається як набір цінних з точки зору клієнта результатів діяльності системи охорони здоров'я.

Таким чином, для кожного етапу, а в разі потреби - і для кожного процесу, з огляду на рейтинг, з'ясовуються найкритичніші для клієнта чинники, що, в свою чергу, спонукає до цілеспрямованого пошуку можливих шляхів вирішення наявних проблем, а в подальшому - і до покращення/оптимізації процесів.

Для оцінки чинників та індикаторів цінності учасники експертного опитування використовували таблиці з числами від одного до десяти, якими учасники «голосували». У таблицю занесли усереднені значення. Коли розбіжності оцінок експертів були значними, озвучували аргументацію сторін, аби дійти згоди.

Найважливіші індикатори цінностей та чинники функціонування системи перинатальних послуг у пілотних регіонах: оцінка процесів експертами та клієнтами

Під час експертного оцінювання для кожного етапу перинатального процесу було побудовано 6 матриць, у яких зафіксовано специфічні особливості кожного етапу. Відповідно до завдань СА, індикатори цінностей і чинники було узагальнено й представлено безвідносно до етапів процесу проходження жінкою системи перинатальної допомоги. Варто нагадати, що для виявлення ключових індикаторів якості процесів у системі надання перинатальної допомоги, експерти відповідали на питання: «Чого не хоче клієнт?».

Якщо підсумувати, найбільш негативними індикаторами функціонування системи перинатальної допомоги (10 балів), на думку експертів,

є вроджені вади та захворювання, перинатальна смертність, захворюваність малюків та роздільне перебування матері й дитини.

Достатньо важливими для жінки (9 балів) експерти вважали виникнення небажаної вагітності, невиношування, патології вагітності, інвалідності, пов'язаної з вагітністю та пологами, а також власну смерть (материнська смертність), госпітальне інфікування, недостатність медичних послуг (не надання послуг), невинуваті призначення та ускладнення від шеплень, що можуть виникнути у дитини.

Доволі небажаними для жінки (8 балів), як вважають експерти, є захворювання (екстрагенітальна патологія), передчасні та ускладнені пологи, недоступність послуг (географічна), незручні умови та неухважність персоналу в медичних закладах, проблеми з лактацією та грудним вигодовуванням, низка якості медичного обслуговування дитини до 1 року.

Також важливими для жінок у системі перинатальної допомоги (7 балів) є брак інформації або її суперечливість, медична агресія - невинуваті медичні/хірургічні втручання, а також відсутність можливостей впливу, особливо під час перебування в медичних закладах, коли не пояснюється, навіщо робиться якесь втручання стосовно неї або її дитини, коли дитину забирають або не надають інформації про стан дитини і те, що з нею відбувається.

Далі в узагальненому вигляді (безвідносно до етапу перинатальної допомоги) подано критичні, на думку місцевих експертів, чинники, що впливають на наведені вище індикатори функціонування системи перинатальної допомоги.

Отже, для задоволення клієнтів, тобто для покращення якості надання перинатальних послуг, найважливішими (за рейтингом) є кваліфікація персоналу, обладнання (лабораторно-діагностичне та лікувальне/реанімаційне), якість інформації, що надається клієнтам, дотримання принципу інформованої згоди, наявність інформаційних матеріалів, вчасність медичних втручань, довіра з боку клієнтів, наявність медичного персоналу (при цьому експерти мали на увазі передусім забезпечення первинної ланки відповідними фахівцями - акушерами, лікарями сімейної практики тощо).

Важливими чинниками впливу, але такими, що отримали низький бал, були відсутність у ЦРЛ акушера-гінеколога цілодобово і брак медикаментів та ургентних наборів, слабка матеріально-технічна база медичних закладів, відсутність транспорту та телефонного зв'язку, що може бути пов'язане з обмеженими ресурсами

в системі охорони здоров'я. Водночас незабезпечення реанімаційних заходів новонародженим у разі потреби, - названий експертами чинник - важко пояснити і виправдати. Незручний розклад, незнання клієнтами розкладу роботи спеціалістів ЦРЛ та розкладу їхніх консультаційних виїздів до амбулаторій і ФАПів вимагають аналізу потреб клієнтів та подальших досліджень з метою оптимізації надання медичних послуг на різних рівнях. Брак психологічної підтримки клієнтів та недостатня залученість усієї родини до підготовки до народження дитини та до пологів, зокрема, вимагають зміни підходів всередині системи надання перинатальних послуг.

Як зазначалось вище, під час проведення СА проанкетовано 55 жінок перед їх виписуванням з пологових відділень ЦРЛ. Для потреб СА проаналізовано невеликий фрагмент анкети, а саме - відповіді на питання: «Чого Ви боялись найбільше під час вагітності й пологів?» (1 - мінімальний бал; 5 - максимальний бал). Відповіді розподілились так: невиношування або смерть дитини (5); народження дитини з вадами чи хворої дитини (4); ускладнені чи передчасні пологи (4); неувважність і грубість (4); зайві або недостатні медичні втручання (4); власні захворювання і смерть (3); неякісне обстеження, лікування чи прийняття пологів (3); проблеми з потраплянням на прийом (2); неможливість приймати самостійні рішення (2); відсутність чи суперечлива інформація (1).

Згідно з відповідями на запитання: «З Вашого досвіду, під час вагітності та пологів, наскільки важливими є такі чинники?» - найважливішими факторами (5 балів) для жінки в системі перинатальних послуг виявилися: кваліфікація персоналу; ставлення персоналу; доступність послуг; розклад; обсяг та якість інформації; відчуття впевненості та психологічної підтримки; можливість виконувати рекомендації лікаря.

Це дало змогу порівняти оцінки експертів і клієнтів (табл. 3-4).

Отже, як видно з табл. 3, експерти та клієнти зійшлися на думці щодо таких індикаторів, як народження дитини з вадами або хворої дитини, а також показника перинатальної смертності (невиношування, загибель плоду, загибель дитини). Якщо експерти виділяли патологію плоду, жінки загрозливими вважали ускладнені та передчасні пологи. Жінки не виділяли особливо роздільне перебування матері та дитини, на відміну від експертів, проте жінок лякали також можливі власні хвороби чи смерть (меншою мірою), неадекватні медичні втручання, а також неувважність та грубість з боку медичного персоналу.

Із табл. 4 випливає, що кваліфікація медичного персоналу є визначальним чинником для системи перинатальної допомоги з точки зору клієнтів і експертів. Дійсно, кваліфікація персоналу є ключовою для забезпечення якості послуг. Клієнти й експерти серед найважливіших факторів визнали також якість інформації, її обсяг, наявність інформаційних матеріалів та дотримання принципу інформованої згоди (останні позиції, звісно, запропонували експерти). Для експертів важливими факторами також є наявність медичного персоналу (забезпеченість первинної ланки акушерками та лікарями сімейної практики), вчасність медичних втручань, медичне обладнання. Водночас для клієнтів більш актуальними виявилися доступність послуг та розклад роботи спеціалістів, що є передумовами отримання послуг взагалі. Варто зазначити, що експерти підкреслили також важливість довіри з боку пацієнта, адже це є запорукою дотримання рекомендацій лікаря під час вагітності та пологів. Для клієнтів натомість найважливішими є ставлення персоналу, впевненість та психологічний комфорт. Для них важливо також мати фінансову можливість виконувати рекомендації лікаря щодо харчування.

Отже, порівняння оцінок експертів та клієнтів дало змогу побачити спільне та відмінне у став-

Таблиця 3. Порівняння оцінок найважливіших індикаторів функціонування системи перинатальної допомоги

Експертне оцінювання (10 балів - максимум)	Оцінюваний клієнтами (5 балів - максимум)
Вроджені вади	Невиношування чи смерть дитини (5)
Хвора дитина	Народження дитини з вадами чи хворої дитини (4)
Патологія плоду	Ускладнені чи передчасні пологи (4)
Загибель плоду	Неувважність чи грубість (4)
Перинатальна смертність	Зайві чи недостатні медичні втручання (4)
Роздільне перебування матері й дитини	Власні захворювання чи смерть (3)

Таблиця 4. Порівняний оцінок найважливіших факторів функціонування системи перинатальної допомоги

Експертне оцінювання! (максимальний рейтинг)	Оцінювання клієнтами (5 балів - максимум)
Кваліфікація персоналу	Кваліфікація персоналу
Обладнання	Ставлення персоналу
Якість інформації, інформована згода, інформаційні матеріали	Доступність послуг
Вчасність медичної допомоги	Розклад
Довіра пацієнта	Обсяг та якість інформації
Наявність медичного персоналу	Відчуття впевненості та психологічної підтримки
	Можливість виконувати рекомендації лікаря

ленні основних учасників процесу до критичних індикаторів та чинників у системі надання перинатальних послуг.

Узагальнення

Як засвідчило наше дослідження, процесний підхід може успішно застосовуватися у сфері охорони здоров'я в Україні і мусив би стати одним з головних управлінських засобів. Він є доступним для застосування учасниками відповідних процесів, орієнтованим на потреби клієнта, а також забезпечує всебічне дослідження систем та є передумовою оптимізації й удосконалення їх функціонування. Побудована процесна модель надання перинатальних послуг може бути використана в роботі керівників обласного та районного рівнів. Для того щоб вона була дієвою, її потрібно конкретизувати відповідно до місцевого контексту. За таких умов зміст кожного виділе-

ного етапу та процесу може бути уточнено. До того ж можливість дослідження окремих процесів та підпроцесів переконливо свідчить про переваги такого підходу. Процеси можуть бути розкладені на підпроцеси, а індикатори й чинники ретельно проаналізовані, що, безперечно, сприятиме розумінню необхідності відповідних змін і дасть змогу покращити якість обслуговування та клінічні результати. Тож, головною метою застосування процесного підходу СТQ-matrix було прагнення надати районному та обласному керівництву дієвий управлінський інструмент. Цей підхід було застосовано для поглибленого аналізу ситуації в системі надання перинатальних послуг в Івано-Франківській області.

Отож для покращання якості обслуговування в системі охорони здоров'я необхідно враховувати думки клієнтів, адже позиції експертів та клієнтів не завжди ідентичні.

1. Chaplin E., Terniko J. Customer Driven Healthcare: QFD for Process Improvement and Cost Reduction.- Milwaukee: WIASQ Press, 2000.- P. 3.
2. Berwick D. M., Godfrey A. B., Roessner J. Curing health care: new strategies for quality improvement.- San Francisco: Jossey-Bass A Willey Imprint, 1990.
3. Грига, І., Саврук О. Нова якість охорони здоров'я: пріоритети інвестування // Тези Всеукраїнської конференції міських голів з питань охорони громадського здоров'я

- «Перевернена піраміда: час ставити на місце. Реалізація стратегії Президента підвищення якості життя народу України шляхом перерозподілу ресурсів охорони здоров'я». (1-2 грудня 2005 р.) - Прилуки, 2005.
4. Грига І., Саврук О., Рябцева І., Солодаренко А. Перинатальні послуги в Україні на прикладі чотирьох районів Волинської та Івано-Франківської областей // Соціальна політика і соціальна робота.- 2005.- № 4.- С. 21-34.

Irena Gryga, Olexandr Savruck, Natalya Ryabtseva

HEALTH CARE IMPROVEMENT: PROCESS MANAGEMENT

Modern concept of quality for health care is presented. It has been proved that multidimensional nature of quality supposes to apply systematic, client-oriented approach for health care assessment and improvement. The logic and results of the process approach application for the perinatal care analyses and improvement are described.

Expert assessment with «Critical to quality matrix» together with client survey done at the delivery wards have been conducted for processes research in perinatal care. The publication demonstrates the essence, strengths, and perspectives of the approach for process management.