

УДК 614.212:616-082-03957

Բուժօգնության որակի ապահովման խնդիրների արծարծումը հայրենական և օտարերկրյա հետազոտություններում

Ս. Գ. Հովհաննիսյան, Ժ. Յ. Դավթյան

*ԵՊԲՀ ընտանեկան բժշկության ամբիոն,
Մրտաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտ
0025, Երևան, Կորյունի փ., 2*

*Բանալի բառեր. բուժօգնության որակ, որակի ապահովում, որակի
ապահովման տեսություններ*

Բուժօգնության որակի ապահովման տեսությունների վերլուծու- թյուն

Այն փաստը, որ բուժօգնության որակի (ԲՕՈ) ապահովումն ունի խորը արմատներ ապացուցված է գոյություն ունեցող հարուստ գրականությամբ: Դեռևս հին ժամանակներում բժիշկներն անում էին ամեն ինչ՝ չվնասելու համար հիվանդի առողջությունը (*noli nocere*): Եգիպտական պապիրուսների վրա (մ.թ.ա. 2000թ.) նշված էին որակյալ բժշկական օգնության երաշխիք հանդիսացող այն կանոնները, որոնցով պետք է առաջնորդվեին բուժօգնություն ցուցաբերելիս: Հռոմեական կայսր *Antoninus Pius*-ի հրամանով (մ.թ. 100թ.) ստեղծվեցին հռոմեական կայսրության բժիշկների գործունեության ստանդարտներ: 1760թ.-ին Նյու-Յորքի նահանգում ընդունվեց լիցենզավորման օրենքը, ըստ որի արգելվում էր բուժել, բժշկական միջամտություններ կատարել առանց կառավարական քննական հանձնաժողովի կողմից տրված լիցենզիայի: Հիմնավորվեց բժիշկների հետդիպլոմային կրթման անհրաժեշտությունը՝ որպես ԲՕՈ երաշխիք: Ապացուցվեց, որ որակյալ բուժօգնությունը պայմանավորված չէ միայն կառուցվածքային խնդիրների լուծմամբ, այն է՝ բուժօգնության պայմանների լավացմամբ [9,14]:

Ernest Codman-ը 20-րդ դարի սկզբին ձևակերպեց ԲՕՈ գնահատման համար «վերջնական արդյունքի տեսությունը»: Նա առաջադրեց հիվանդների տվյալների մանրամասն գրանցման համակարգ, ինչպես նաև նրանց դիտարկումը դուրս գրվելուց հետո, ցուցաբերած

բուժօգնության արդյունքների հիման վրա «լավագույն և վատագույն բժշկների տարանջատումը, հիվանդների համար բուժման արդյունքների վերաբերյալ տեղեկությունների մատչելիությունը, մասնավորապես տարբեր հիվանդանոցներում բուժման արդյունավետությունը համեմատելու հնարավորության ընձեռումը [2,10]: Պետք է ասել, որ ԲՕՈ գնահատման մեթոդաբանության մեջ բացառիկ ավանդ է ներդրել *Avedis Donabedian*-ը: Նա առաջադրել է գնահատման երեք բաղադրիչներից կազմված մոդել, որն ընդգրկում է այնպիսի պարամետրեր, ինչպիսիք են կառուցվածքը (բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները նկարագրող բնութագրեր), գործընթացը (տվյալ պայմաններում իրականացվող օգնության տեսակ) և ելքը (հիվանդի վերջնական վիճակը միջամտությունից հետո): 1966-ին առաջադրված այս մոդելը օգտագործվում է ԲՕՈ գնահատման չափանիշների որոշման ժամանակ նաև այսօր [2,3,9]:

Այդուհանդերձ, մինչ 1960-ական թվականները բուժօգնության որակի ապահովման աշխատանքներն ուղղված էին հիմնականում կառուցվածքի բարելավմանը (նյութատեխնիկական բազայի կատարելություն, բուժաշխատողի մասնագիտական որակավորման բարձրացում և այլն): Առողջապահությունը վերահսկող պետական մարմիններն ակտիվ ներգործում են բուժաշխատողների վրա արտաքին վերահսկման միջոցով, այն է՝ բուժհաստատությունների լիցենզավորման և ակկրեդիտացիայի (հավատարմագրման) համակարգ ստեղծելով: Պացիենտի իրավունքների պաշտպանման նորմատիվային իրավական ակտերի բացակայությունը սահմանափակում է պացիենտի դերը, նրա հետ կարծես հաշվի չեն նստում:

Ժամանակը ցույց տվեց, որ ԲՕՈ ոլորտում այսպիսի մոտեցումը չի կարող տալ ցանկալի արդյունքներ: Հասունացավ ԲՕՈ երաշխավորման նոր ուղիների որոնման անհրաժեշտություն: Այս փուլում հասկանալի դարձավ, որ ախտորոշումը կամ բուժման մեթոդի ընտրությունը ԲՕՈ կարևորագույն պայմանն են: Այս ամենի գիտակցումը բերեց գործընթացային մոտեցման ծնունդին:

Գործընթացային մոտեցման զարգացման մեջ մեծ դեր ունեցան ԲՕՈ պարամետրերը բնութագրող տարբեր վիճակագրական տվյալները:

ԲՕՈ գնահատման հիմնական մեթոդ էր հանդիսանում բժշկական արտաքին գերատեսչական վերահսկումը, որի հիմնական իմաստը բուժ-կանխարգելիչ օգնության ռետրոսպեկտիվ (հետհայաց) գնահատումն էր, թերությունների վերհանումը և լուծման նպատակով դրանց պատճառների ի հայտ բերումը: Եղած պրոբլեմների լուծումը

որպես օրենք ուղեկցվում էր մեղավորների հայտնաբերմամբ ու պատժի կիրառմամբ [1,6]:

ԲՕՈ գնահատման, բարելավման և կառավարման հիմքն են հանդիսանում այնպիսի աշխատություններ, ինչպիսիք են՝ 1966թ. *Milbank Memorial Fund Quarterly*-ում հրապարակված հոդվածը հաստատեց պրոֆեսոր Ա. Դոնաբեդյանի հայտնի ներդրումը բժշկական օգնության որակի գնահատման մեթոդների՝ կառուցվածք – գործընթաց – արդյունք դասակարգման մեջ: Այս աշխատանքն ընդգրկվեց *Current Content group* տվյալների շտեմարանի մեջ և դարձավ XX դարի առողջապահության ոլորտում ամենահաճախ մեջբերվողներից մեկը: Ավետիս Դոնաբեդյանն իր ողջ կյանքը նվիրեց ԲՕՈ բարելավման հարցերի տեսական մշակմանն ու առողջապահության ծառայությունների ուսումնասիրմանը: Նա հրապարակեց որակի սահմանման, գործընթացի և արդյունքի միջև եղած փոխհարաբերությունների, որակի վրա կլինիկական որոշումների ազդեցության, որակի ծրագրերի արդյունավետության, որակի և գնի միջև փոխադարձ կապի, արդյունաբերականացման մոդելների և առողջապահության որակի նմանությունների, տարբերությունների վերաբերյալ բազմաթիվ հիմնարար հոդվածներ [2]:

ԲՕՈ ապահովման խնդրի հասունացումը բերեց նրան, որ 1986թ. ստեղծվեց Միջազգային միություն (Ավստրալիա), որին հաջորդեց ԱՀԿ-ի 38-րդ նստաշրջանը, որում քննարկվեցին Եվրոպական երկրների առողջապահական համակարգում ԲՕՈ ապահովման խնդիրները: Բելգիայում 1987թ-ին ստեղծվեցին ԲՕՈ ապահովման օրենսդրական ակտեր, սահմանվեցին իրավական նորմատիվներ, որոնցով հստակեցված էր բժշկի և բժշկական խորհրդի պատասխանատվությունը ԲՕՈ ապահովման հարցում [6]:

Մինչ ներկա ժամանակները առողջապահության համակարգում ակտիվորեն կատարելագործվում են ԲՕՈ բարելավման մեթոդները և ուղիները ԱՄՆ-ի առողջապահական համակարգում ԲՕՈ գնահատման մեթոդների մշակման ուղղությամբ ազգային ռազմավարական ծրագրի ստեղծման և գործնական ներդրման նպատակով 1999թ. հիմնադրվեց *National Quality Forum (NQF)*: Ներկայումս նախապատրաստված են 39 չափորոշիչ արձանագրություններ, այնպիսի գերակայող ուղղությունների վերաբերյալ, ինչպիսիք են՝ պայքարը ծխելու դեմ, մանկական հիվանդությունները, հղիության ընթացքում ծագած հիվանդությունները և այլն:

Բուժօգնության որակի ապահովման խնդիրները առողջության առաջնային պահպանման համակարգում՝ առողջապահության զարգացման տարրեր փուլերում

Հիմնվելով առողջապահական համակարգի զարգացման պատմական տվյալների վրա՝ *D. McIntyre et al.* և *D. Colton* բուժօգնության համակարգի զարգացումը բաժանեցին մի քանի ժամանակահատվածների.

1.1850-1915թթ. արդյունաբերական հեղափոխություն և գիտական մոտեցման զարգացում,

2. 1915-1935թթ.կազմակերպչական կառուցվածքի ձևավորում,

3.1935-1960թթ. մասնագիտությունների քանակի ավելացում, վիճակագրության օգտագործում, առողջապահության ոլորտի ընդլայնում,

4. 1960-1980թթ. կայունության փուլ,

5.1980թ-ից մինչև ներկա ժամանակները՝ ԲՕՈ նկատմամբ ուշադրության կենտրոնացում [16]:

Խորհրդային տարիներին առողջապահության համակարգում ԲՕՈ ապահովման խնդիրներն ունեն իրենց պատմությունը: Դրանք ենթարկվում էին փոփոխության առողջապահական համակարգի զարգացմանը զուգընթաց: Այս ամենի հետ կապված կարելի է տարբերակել երեք հիմնական փուլեր.

- Պետական (բյուջետային) համակարգում զարգացող առողջապահություն (1980-ականների սկիզբ)

- Նոր տնտեսական մեխանիզմների ներդրման փուլ (1980-ականների երկրորդ կես)

- Առողջապահության զարգացում անցումային շրջանում բյուջետա-ապահովագրական համակարգում (սկսած1991թթ.-ներից) [6,9]:

Ներկայումս մեր հանրապետության առողջության առաջնային պահպանման համակարգում մասամբ գործում են խորհրդային տարիներին մշակված նորմատիվ ակտեր, չափորոշիչներ և բուժման սխեմաներ, որոնց մեծ մասը կորցրել են իրենց արդիականությունը և երբեմն նույնիսկ իրենց նպատակին ծառայելու փոխարեն հաճախ ստեղծում են հաստատությունների բնականոն գործունեության արգելքներ:

Խորհրդային տարիներին բուժօգնության «լավագույն» ցուցանիշներից էր օրեցօր աճող հիվանդանոցային մահճակալների «պտույտը», իսկ պոլիկլինիկայի բժիշկներից, որոնք մտնում էին նախկին շրջանային (ներկայումս՝ մարզեր) բուժմիավորման կազմի մեջ, պահանջվում էր առավելագույնս շատ հիվանդներ ուղեգրել հիվանդանոց: Այս պայմաններում որակի վերահսկումը մեծ մասամբ սահմանափակվում

էր այս կամ այն հիվանդության վարման ընթացքի՝ գերատեսչական հրամաններին և ստանդարտ սխեմաներին համապատասխանության ստուգմամբ: Այնուամենայնիվ, ՀՀ առողջապահության նախարարությունը, բարեփոխումների իրականացման ընթացքում, ծառայությունների կազմակերպման, ֆինանսավորման մեթոդների կատարելագործման միջոցով փորձել է հնարավորինս կարգավորել բուժօգնության որակի հետ կապված խնդիրները, սակայն այս փուլում դրանք այնքան էլ սերտորեն չեն առնչվում բնակչության իրական կարիքներին, ծառայությունների արդյունավետության բարձրացմանը կամ հիվանդների իրավունքների և անվտանգության պաշտպանությանը: Պետական առողջապահական ծրագրերին զուգահեռ հանրապետության առողջապահության համակարգում գործող վճարովի ծառայությունները, մասնավոր բժշկական կազմակերպությունների ու անհատական բժշկական ծառայություն իրականացնող անձանց աճի միտումը պահանջում են որակի կառավարման նոր նորմատիվային-իրավական բազայի և մեխանիզմների մշակում և ներդրում: Տարբեր բժշկական կազմակերպությունների և առանձին մասնագետների գործունեության մեթոդաբանությունը կարող է միմյանցից տարբերվել, սակայն դրանց արդյունքը պետք է նպաստի առողջության բարելավմանը [15]:

Բուժօգնության որակի ապահովման խնդրում անհրաժեշտ է ստեղծել կառավարման այնպիսի համակարգ, որը հնարավորություն կընձեռի կատարել բուժօգնության որակի փորձաքննություն, վերլուծություն և գնահատում [16]:

Բուժօգնության որակի գնահատում

Կարծիք կա, որ բուժօգնության որակն այնքան վերացական և անորոշ բնույթ է կրում, որ անհնար է դա ճշգրտորեն սահմանել կամ գնահատել, հատկապես եթե հաշվի առնենք, որ մարդկանց մոտ որակի ըմբռնումն ու գնահատումը տարբեր են: Այսպիսով, ենթադրվում է, որ որակի այնպիսի սահմանում կամ գնահատում լինել չի կարող, որը բոլորի համար ընդունելի լինի:

Մինչդեռ «բուժօգնության որակ» հասկացությունը ենթակա է բավականին ստույգ սահմանման, և որակը հնարավոր է գնահատել այնպիսի ճշտությամբ, որ դրա հսկումն ու երաշխավորումը դառնան հնարավոր[1]:

Ի՞նչ է որակը: Եթե փորձենք կատարել մի փոքր ավելի խորը վերլուծություն, ապա «որակը փիլիսոփայական կատեգորիա է և այն բնութագրում է երևույթի կամ առարկայի կարևորագույն, էական

հատկությունների և առանձնահատկությունների ամբողջությունը, որով տվյալ երևույթը կամ առարկան տարբերվում են մյուսներից: Որակը երբևիցե չի կարող վերաբերվել երևույթի միայն մեկ հատկությանը, այն կապված է երևույթի հետ ինչպես մի ամբողջության. այն ընդհանուր հատկանիշ է: Էլեատին, իսկ ավելի ուշ Բերկլին և Յումը հաստատեցին, որ առարկայի որակը դա սուբյեկտի վիճակն է: Դեռևս Դեմոկրիտը կատարեց որակի հետևյալ դասակարգումը՝ օբյեկտիվ որակ (որը բնորոշ է երևույթներին և իրերին) և սուբյեկտիվ որակ (որն առկա է միայն մարդկային ընկալման մեջ) [5] : Այս փոքրիկ վերլուծությունը կարծես հող է նախապատրաստում մինչ այժմ տրված բժշկական օգնության որակի սահմանումների բազմաքանակությունն ու բազմիմաստությունը հասկանալու համար:

Գոյություն ունեն տարբեր մոտեցումներ և պատկերացումներ «բժշկական օգնություն» և «բուժօգնության որակ» հասկացությունների վերաբերյալ, որն իր հերթին բերում է տարբեր բնորոշումների և սահմանումների առկայության: Գրականության մեջ կան որակը բնորոշող տասնյակ սահմանումներ, որոնք նույնիսկ հակասում են միմյանց: Դա ունի իր հիմնապատճառները, որոնցից մեկն էլ այն է, որ բուժօգնության որակի նշանակությունը պացիենտի, բժշկի, առողջապահության կազմակերպիչների համար գտնվում է տարբեր հարթություններում:

Այսպիսով.

- «Բուժօգնության որակը մի բնութագրիչ է, որը ցույց է տալիս գոյություն ունեցող առողջապահական համակարգի իրական պայմաններում և տվյալ բուժհաստատության առկա կարողությունների հիման վրա ցուցաբերված բուժօգնության համապատասխանությունը ժամանակակից բժշկագիտության և տեխնոլոգիաների պահանջներին» [3]:

- Ըստ *A. Donabedian*-ի «Բուժօգնության որակը պայմանավորված է բժշկագիտության և բժշկական տեխնոլոգիաների այնպիսի կիրառմամբ, որն ապահովում է առավելագույն բարենպաստ առողջական արդյունքներ՝ առանց ավելացնելու դրանց անբարենպաստ ազդեցության հավանականությունը: Այսինքն, որակը բնութագրում է թե ցուցաբերված օգնությունն ինչ չափով կարող է հասնել ակնկալվող օգուտների և հնարավոր վտանգների առավելագույն գերադասելի հարաբերակցության» [1]:

- *H. V. Vuory*-ին (1985) կարծում է, որ «որակի ապահովումը դա որակի փաստացի չափումն է, որի նպատակն է բուժօգնությունը ցանկալի ուղու վրա դնող միջոցառումների մշակումը» [18]:

●Ըստ *R. H. Palmer*-ի (1991) որակի կոնցեպցիան (լատ. *conception*- հասկացություն, համակարգ) դա որակի չափման, բացահայտված թերությունների գնահատման և վերլուծման մի գործընթաց է՝ ուղղված աշխատանքի լավացմանը, որն հետագայում ընթանում է որակի չափման կրկնություններով և համեմատությամբ: Սա ստանդարտների կիրառմամբ ընթացող, համակարգված, ցիկլիկ գործունեություն է [17]:

●Կամ օրինակ «Բուժօգնության որակը պայմանավորված է բուժօգնության միջոցներով և նպատակով, միևնույն ժամանակ որակը պայմանավորված է բուժօգնության մատչելիությամբ, համապատասխանությամբ, արդյունավետությամբ: Որակը կախված է բուժօգնության ձևից և մեթոդներից» [6]:

Առավել համապարփակ են առաջին երկու սահմանումները, որոնք փորձում են լիարժեք բնութագրել «բուժօգնության որակ» հասկացությունը: Եթե այլ սահմանումներում նշվում է «բուժօգնությունը ցանկալի ուղու վրա դնող միջոցառումների» մշակման մասին, ապա առաջանում է հարց, թե ո՞րն է այդ «ցանկալի ուղին»: Չէ որ դա է ամենակարևորը՝ հստակ նախանշված նպատակը, առանց որի որակի բարելավման քայլերը կլինեն երերուն: Ըստ Ա. Դոնապետյանի այդ նպատակը «բուժօգնությունից ակնկալվող օգուտների և հնարավոր վտանգների առավելագույն գերադասելի հարաբերակցությունն է»: Այսինքն, բարձրագույն նպատակը բուժօգնության ցուցաբերման արդյունքում կշեռքի «օգուտ» նժարի գերակշռումն է «վնաս» նժարի նկատմամբ, որին պետք է ձգտի մարդու առողջության պահպանմանը և հիվանդությունների բուժմանը կոչված գիտությունը՝ բժշկագիտությունը:

Այս ամենի հետ մեկտեղ բուժօգնության որակի բնորոշումներն ունեն նաև ընդհանուր մոտեցումներ, որոնք վերաբերվում են համակարգի կազմակերպչական խնդիրներին, պարբերական դիտարկումներին, բուժօգնության որակի չափմանը, գնահատմանը, վերլուծմանը և վերահսկմանը:

Եթե դիտարկենք սուբյեկտիվ (ապոստերիորային) որակը, ապա կարելի է հստակորեն ձևակերպել՝ որակը սպառողի սպասելիքների բավարարումն է: Սպառողն ինքն է ընտրում այն ապրանքը կամ ծառայությունը, որը բավարարում է իր պահանջները: Այլ խնդիր է ԲՕՈ գնահատումը սպառողի տեսանկյունից: Տվյալ դեպքում սպառողը չի կարող ինքնուրույն գնահատել ներկայացվող բժշկական ծառայությունների որակը, քանի որ այն գիտելիքների յուրահատուկ, շատ բարդ ոլորտ է, որը պահանջում է հատուկ կրթություն: Միևնույն ժամանակ, ԲՕՈ չի կարելի գնահատել միայն «հիվանդի սպասե-

լիքների բավարարման» հիման վրա, չնայած որ հասարակության լայն շերտերի համար այս տեսակետը շատ կարևոր է: Ուստի, բժշկական ծառայությունների մատակարարների և հիվանդների միջև բեմահարթակի վրա անխուսափելիորեն պետք է հայտնվի արբիտր-փորձագետը, որը մասնագիտորեն և օբյեկտիվորեն կգնահատի ԲՕՈ: Հետազոտողների կարծիքները ԲՕՈ որակի վերաբերյալ շատ հարցերում տարամիտվում են: Ինչպիսի՞ չափանիշներ պետք է սահմանել: Անհրաժեշտ է արդյոք հաշվի առնել հիվանդի անհատական բնութագրի գործող ազդեցությունը, և եթե այո, ապա ինչպե՞ս: Ինչպե՞ս վերլուծել ստացված տվյալները, և ի՞նչ ձևով ներկայացնել դրանք: Ինչպե՞ս գնահատել արդյունքների հավաստիությունը: Բացի այդ յուրաքանչյուր չափում կապված է ֆինանսական ծախսերի հետ, որոնք ընկած են առողջապահական ծառայության վրա: ԲՕՈ գնահատումը ըստ առողջապահության կազմակերպիչների և տնտեսագետների, իրենից ներկայացնում է թանկարժեք միջամտություն, ինչն էլ այն դարձնում է տնտեսապես աննպատակահարմար: Ըստ «հասարակական կողմնորոշման» տեսակետի, որի կողմնակիցները հանդիսանում են պաշտոնական ծառայողները և կորպորատիվ սպառողները, ԲՕՈ գնահատումը պետք է լինի առողջապահական համակարգի առօրյա գործունեության բաղկացուցիչ մասը [2, 6, 11]:

Բժշկական ծառայություններ սպառողը ցանկանում է ստանալ հստակ պատասխաններ իր համար արդիական նշանակություն ունեցող հարցերին: Անշուշտ սպառողը մտածում է «կենցաղային» մակարդակով, այդ իսկ պատճառով նրան առաջին հերթին հետաքրքրում են այնպիսի ցուցանիշներ, ինչպիսիք են՝ բուժօգնության սպասման տևողությունը, բուժման ելքը և տարբեր բժշկական կառույցների համագործակցության արդյունավետությունը: Ժամանակակից առողջապահության կառուցվաքը չափազանց բարդ է, ուստի զարմանալի չէ, որ ԲՕ գնահատումը իրենից ներկայացնում է կողմնակի ազդեցությունների հետ կապված միջամտություն [7]:

Կառուցվածքի, ընթացքի, արդյունքի սահմանումները

կառուցվածք-----գործընթաց-----արդյունք

Ավելի քան 40 տարի առաջ *A. Donabedian*-ը [1-3,13] առաջարկեց ԲՕ գնահատման երեք մոտեցում, որոնց կոչեց՝ «կառուցվածք», «գործընթաց», «արդյունք», որը, թերևս, շնորհիվ իր պարզության և զրեթե ինտուիտիվ համոզչության, համատարած ընդունելության

արժանացավ, մինչև անգամ այն դեպքում, երբ ոչ միշտ էր լիովին ըմբռնվում կամ ճիշտ կիրառվում:

Կառուցվածք

Կառուցվածքը (structure) այն պայմաններն են, որոնցում իրականացվում է բուժօգնությունը, այն է.

1. Նյութական հնարավորությունները, ինչպիսիք են՝ հարմարությունները և սարքավորումները,

2. Մարդկային ռեսուրսները, ինչպիսիք են՝ մասնագիտական և օժանդակ աշխատակազմերի թվաքանակը, կազմը, որակավորումը,

3. Կազմակերպչական հատկանիշները, ինչպիսիք են՝ բժշկական և բուժքույրական աշխատակազմերի կազմակերպումը, ուսուցման և հետազոտման ոլորտների առկայությունը, աշխատանքի վերահսկման և ստուգման տեսակները, բուժօգնության վարձը վճարելու եղանակները և այլն:

Կառուցվածքային մոտեցում նշանակում է բժշկական օգնության ցուցաբերման համակարգի հուսալիության կառուցվածքա-կազմակերպչական երաշխիքների ստեղծում (ժամանակակից կահավորված բժշկական հիմնարկություններ՝ բանիմաց կադրային ռեսուրսներով):

Ընթացք

Ընթացքը (process) բուժօգնության գործընթացը կազմող գործողություններն են, այդ թվում՝ ախտորոշում, բուժում, վերականգնում, կանխարգելում և հիվանդի ուսուցում, որոնք սովորաբար իրականացվում են մասնագիտական անձնակազմի կողմից, սակայն ներառում են նաև բուժօգնության մյուս մասնակիցներին, մասնավորապես, հիվանդին և նրա ընտանիքի անդամներին:

Գործընթացային մոտեցում նշանակում է բժշկական օգնության ցուցաբերման համակարգի հուսալիության տեխնոլոգիական երաշխիքների ստեղծում կամ բժշկական ծառայությունների ստանդարտացում (ժամանակակից և հուսալի բժշկական տեխնոլոգիաների գործածություն) [1, 5, 17] :

Արդյունքներ

Արդյունքները անհատ անձանց կամ բնակչության շրջանում տեղի ունեցող այն փոփոխություններն են (ցանկալի և անցանկալի), որոնք կարող են վերագրվել բուժօգնությանը [11-13]:

ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ

Ա. Կլինիկական

1. Կլինիկական նշանակություն ունեցող հայտնված ախտանիշներ
2. Ախտորոշիչ դասակարգումը որպես հիվանդացության վկայություն
3. Հիվանդության փուլավորումն ըստ ֆունկցիոնալ խանգարումների և կանխատեսումների
4. Ախտորոշիչ գործողություններ. կեղծ դրական և կեղծ բացասական արդյունքների հաճախականությունը որպես ախտորոշիչ կամ դեպքի հայտնաբերման գործողությունների ցուցանիշ

Բ. Ֆիզիոլոգիական-կենսաքիմիական

1. Անբնականոնություն
2. Ֆունկցիաներ ա. ֆունկցիաների կորուստ
բ. ֆունկցիոնալ ռեգերվային գործողությունների կատարում տարբեր աստիճանի փորձնական սթրեսի պայմաններում

Գ. Մարմնական

1. Կառուցվածքային ձևի կամ ամբողջականության կորուստ կամ խանգարում. անբնականոնություններ, թերություններ ձևախեղումներ
2. Ֆիզիկական գործողությունների ֆունկցիոնալ կատարում
ա. կենցաղային պայմաններում
բ. տարբեր աստիճանի փորձնական սթրեսի պայմաններում

Դ. Հոգեբանական, մտավոր

1. Զգացողություններ, այդ թվում. անբավարար ինքնազգացողություն, ցավ, վախ, հուզմունք (կամ դրանց հակառակը, այդ թվում բավարարվածությունը)
2. Առողջությանը և առողջապահությանը վերաբերող համոզմունքներ
3. Առողջ ապրելակերպին, առողջության պահպանմանը և հիվանդությանը դիմակայելուն վերաբերող գիտելիքներ

4. Առանձին հոգեբանական կամ մտավոր ֆունկցիաների խանգարումներ.

ա/ կենցաղային պայմաններում

բ/տարբեր աստիճանի փորձնական սթրեսի պայմաններում

Ե. Սոցիալական և հոգեւոցիալական

1. Ներկա հիվանդությանը դիմակայելու կամ հետագա առողջության վրա ազդող վարքագծեր, այդ թվում՝ օրվա առողջ ռեժիմին հետևելը և առողջության հետ կապված սովորությունների փոփոխությունը

2. Դերի կատարում

ա/ որպես ամուսին

բ/ որպես ընտանիքի անդամ

գ/ որպես մասնագետ

դ/ այլ միջանձնային հարաբերություններում

3. Գործելակերպը տարբեր աստիճանի փորձնական սթրեսի պայմաններում

Զ. Գումարային արդյունքներ

1. Մահացություն

2. Երկարակեցություն

3. Երկարակեցություն՝ ճշտված ըստ ֆիզիկական, հոգեբանական, հոգեւոցիալական, ֆունկցիաների լիարժեքության աստիճանի՝ «լիաֆունկցիոնալ համարժեքներ»

4. վերոնշյալի դրամական արժեքը

Է. Գնահատման արդյունքներ

Սպասարկվողի կարծիքը և բավարարվածությունը բուժօգնության տարբեր կողմերով, այդ թվում, բուժօգնության և տեղեկատվության մատչելիությամբ, անընդմեջությամբ, մանրակրկտությամբ, մարդկայնությամբ, արդյունավետությամբ, արժեքով [1,11,12]:

Բուժսպասարկման ծառայությունների գնահատման չափանիշներն ու ցուցանիշները

ԲՕՈ գնահատման համակարգի ստեղծման գործում չափազանց մեծ կարևորություն ունի ԲՕՈ գնահատման առանցքային գործիք-

ների՝ չափանիշների ու ցուցանիշների ընտրությունը, որը կախված է ինչպես գնահատվող օբյեկտի առանձնահատկություններից, այդպես էլ մատուցվող բուժօգնության տեսակից : Միննույն ժամանակ դրանք կարող են վերաբերվել գնահատվող գործընթացին, արտահայտել դրա կոնկրետ արդյունքները, ինչպես նաև պետք է ճշտորեն արտացոլեն տվյալ ոլորտը, գործընթացը և արդյունքը: Օրինակ, բնակչության առողջական վիճակի գնահատմամբ բազմաթիվ անգամներ փորձ է արվել գնահատել բուժսպասարկման որակը, սակայն այդպիսի մոտեցումն անհիմն է, որովհետև որևէ կոնկրետ երևույթի որակի գնահատման համար անհրաժեշտ են այնպիսի չափանիշներ և ցուցանիշներ, որոնք բնութագրում են հատկապես այդ երևույթը՝ յուրահատկություններով և առանձնահատկություններով հանդերձ: Հետևաբար ԲՕՈ գնահատումը պետք է ուղղված լինի, վերաբերվի հենց «ԲՕՈ-ն հասկացությանը, այլ ոչ «առողջական վիճակ»-ին, չնայած հասկանալի է, որ այս երկու երևույթները որոշակիորեն փոխկապակցված են: Այդուհանդերձ, «առողջական վիճակ» հասկացության ցուցանիշները համեմատաբար իներտ են և քիչ զգայուն, և բնութագրում են ինչպես ԲՕՈ-ը, այնպես էլ մի շարք այլ ոլորտներ: Ի լրումն վերը նշվածին պետք է ասել, որ «բնակչության առողջական վիճակը» մի ցուցանիշ է, որը կարող է բնութագրել ողջ առողջապահական համակարգի աշխատանքի արդյունավետությունը [12,13]:

ԲՕՈ գնահատման համար շատ կարևոր է որոշել , թե ինչ ենք պատրաստվում գնահատել, ինչպես ենք դա անելու՝ ինչ մեթոդներով և գործիքներով, այսինքն ինչպե՞ս ենք պատրաստվում ԲՕՈ դարձնել չափելի:

Ցուցանիշները՝ հանդիսանալով որևէ երևույթի, գործընթացի, առարկայի չափման միջոց, հնարավորություն են ընձեռում ստանալ տարբեր չափանիշների քանակական բնութագիրը, որն էլ իր հերթին բնորոշում է բուժօգնության որակը:

Իսկապես հնարավոր չէ չափել որևէ բան (այդ թվում նաև բուժօգնության որակը), չունենալով չափման գործիք՝ սանտիմետր, կշեռք ու կշռաքարեր և այլն: Չափանիշներն ու ցուցանիշներն այն գործիքներն են, որոնցով չափվում է բուժօգնության որակը [4,11, 17]:

Չափանիշների և ցուցանիշների կարևորությունը

Չափանիշները և ցուցանիշները միջոց են, որոնք հնարավորություն են տալիս որակի հատկանիշները վերափոխել չափման իրական միջոցների: Չափանիշները պետք է հնարավորին չափ համապատասխանեն որակի այն ըմբռնումներին, որոնք կոչված են չափելու:

Բացի այդ, չափանիշներն ու ցուցանիշները պետք է սահմանվեն այնպես, որ հնարավոր լինի դրանք հեշտ ու ճշգրիտ չափել:

Գոյություն ունի ծավալուն գրականություն, որում արծարծվում են չափանիշների և ցուցանիշների ինչպես գաղափարական, այնպես էլ մեթոդաբանական բնութագրերը:

Չափանիշների ու ցուցանիշների մշակումն ու կիրառումը բավականին բարդ մասնագիտական խնդիրներ են, քանզի դրանք կոչված են որակի հատկանիշները վերափոխելու չափման իրական միջոցների[13]:

Ճիշտ ընտրված չափանիշները թույլ են տալիս ոչ միայն գնահատել և հսկել որակը, այլև առողջապահական ծառայություններ տրամադրողներին հնարավորություն են տալիս իրենց գործունեությունը և արդյունքները համեմատել միևնույն շրջանում, երկրում կամ այլ երկրներում գործող նմանատիպ հաստատությունների հետ:

Բուժօգնության որակի ապահովումը մի խնդիր է, որը պահանջում է համակարգված մոտեցում և այդ համակարգի տարբեր օղակներն իրար կապող հստակ մեխանիզմների առկայություն:

Թե՛ հայրենական թե՛ օտարերկրյա հետազոտություններում բուժօգնության որակի ապահովման և գնահատման խնդիրների վերլուծության արդյունքում մատնանշվում են այն արգելքները, որոնք ժամանակի ընթացքում ստեղծվում և խոչընդոտ են հանդիսանում որակյալ բուժօգնության մատուցման համար, և պարզորոշ են դառնում այն ուղիները, որոնք կարող են ապահովել բուժօգնության որակի շարունակական բարելավումը:

Поступила 29.11.11

Вопросы обеспечения качества медицинской помощи в отечественных и зарубежных исследованиях

С. Г. Оганесян, Ж. Я. Давтян

Существуют различные подходы и представления о понятиях “медицинская помощь” и “качество медпомощи”, что приводит к формированию различных характеристик и определений. В литературе существуют десятки определений понятия “качество”, которые зачастую противоречат друг другу. Это обосновано рядом причин, одной из

которых является то, что значения качества медпомощи для пациента, врача, организаторов здравоохранения лежат в разных измерениях.

В результате анализа вопросов обеспечения и оценки медпомощи как в отечественных, так и зарубежных исследованиях отмечаются образующиеся со временем барьеры, которые препятствуют оказанию качественной медпомощи, и четко намечаются пути по непрерывному улучшению качества обеспечения медицинской помощи.

Addressing quality assurance issues in Armenian and foreign surveys

S. G. Hovhannisyan, Zh. Y. Davtyan

There are different approaches to the concept of health care quality, which in turn leads to the existence of different definitions. There are many examples in medical literature, these are various definitions describing the quality of care, which even contradict each other. It has its main reasons, one of them is the importance of health care which seems to be in different levels either for patients and physicians. It deals almost with the evaluation of the medical care process at the level of physician-patient interaction. Many of the studies reviewed here have arisen out of the urgent need to evaluate and control the quality of health care in organised programs of medical care.

Գրականություն

1. *Տոնասյետյան Ա.* Որակի ապահովման հիմքերն առողջապահության ոլորտում: Երևան; 2001, էջ 9-35:
2. *Հովհաննիսյան Ռ. Ա.* Հայաստանի առողջապահական համակարգում բժշկական չափորոշիչների ներդրման հետ կապված հիմնախնդիրները: Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես, Երևան, 2005, էջ 35-42:
3. *Կիրակոսյան Մ., Միգալ Մ.* ԲՈ ապահովումը ՀՀ ԱԱՊ ոլորտում, գործնական միջոցների փաթեթ: USAID/PHCR, Երևան, 2009, էջ 2-8:
4. *Խաչատրյան Թ. Մ., Լեպյան Մ. Կ., Տոնյան Թ. Ջ.* Առողջապահության կառավարում, տնտեսագիտություն և ֆինանսավորում շուկայական հարաբերությունների պայմաններում: Երևան, 2002, էջ 24-43:
5. *Анисов А. М.* Концепция научной философии. 1997 <http://www.filosof.historic.ru>.
6. *Капцов В. А., Комаров Ю. М., Троицкая А. Ю., Кудрин В. А., Медведев О. С., Михайлова Н. В., Осипова Н. В., Галанова Г. И.* Обеспечения качества медицинской помощи. ФГУП ВНИИЖГ РЕИНФОР. М., 2004, с.12-16.

7. *Лоеб Дж. М.* Современное состояние проблемы оценки качества медицинской помощи. Международный журнал медицинской практики, 2005, 1, ст. 37-41.
8. *Шабетник Б.Д.* Мировоззрение и фрактальная физика как фактор осознания священных законов Вселенной. <http://www.galactic.org.ua/clovo/p-k8.htm>.
9. *Щепин О. П., Стародубов В. И. Линденбрaten А. Л., Галанова Г. И.* Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. М, 2002, с. 61-78.
10. *Codman W. E.* Study in hospital efficiency. The first five years. Boston, Thomas Todd, 1916, p.491-496.
11. *Donabedian A.* The role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance QRB: Quality Review Bulletin, 18, 1992, p.356-360.
12. *Donabedian A.* The Criteria and Standards of Quality Assurance and Monitoring QRB : Quality Review Bulletin, March 1986, p. 99-108.
13. *Donabedian A.* Exploration in Quality Assessment and Monitoring. Ann. Arbor., Michigan, Health Administration Press, Vol. 2, 1982, p. 367-368.
14. *Flexner A.* Medical education in the United States and Canada. New York: The Carnegie Foundation; 1910, p.94-98.
15. http://www.moh.am/?section=static_pages/index&id=214&subID=90.
16. *Loeb J.M.* The current state of performance measurement in health care. International Journal for Quality in Health Care, 2004, p.68.
17. *Palmer R.H.* Confronting Special Implementation issue: The epidemiology of quality problem in Medicare: New directions in quality assurance (Eds. M. S. Donalson, S. Hariss-Welling and K. N. Johr.-Washington), DC: National Academy Press, 1991, p.96-104.
18. *Vuory H. V.* Quality assurance of health care services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Public Health in Europe, 16, 1982, p. 56-61.