

Міністерство охорони здоров'я України

***Оптимізована функціонально-організаційна
система спеціалізованої офтальмологічної
допомоги в умовах реформування галузі охорони
здоров'я***

Методичні рекомендації

м. Київ, 2013

Міністерство охорони здоров'я України

Затверджую



Міністра охорони здоров'я України

О.К. Толстанов
О.К. Толстанов

січня
2013 року

***Оптимізована функціонально-організаційна
система спеціалізованої офтальмологічної
допомоги в умовах реформування галузі охорони
здоров'я***

Методичні рекомендації

м. Київ, 2013

Оптимізована функціонально-організаційна система спеціалізованої офтальмологічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я. Методичні рекомендації.

Установи розробники:

Міністерство охорони здоров'я України

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Київський центр мікрохірургії ока

Автори розробники:

Слабкий Г.О., доктор медичних наук, професор

Риков С.О., доктор медичних наук, професор

Збітнєва С.В., кандидат медичних наук

Троянов Д. П., лікар

Рецензенти:

1. Нагорна А.М. - доктор медичних наук, член-кореспондент НАМН України, професор

2. Любінець О.В. - доктор медичних наук, член-кореспондент НАМН України, професор

Рекомендовано рішенням проблемної комісії МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина» від 24 жовтня 2013 року.

Протокол № 8/2013.

Зміст

Умовні скорочення	3
Вступ	4
Стратегічні підходи до реформування системи офтальмологічної допомоги населенню	
Управління офтальмологічною службою	
Характеристика міжрегіонального офтальмологічного центру	
Концептуальна модель інформаційного забезпечення управління діяльністю реформованої системи офтальмологічної допомоги в Україні	
Висновки	
Література	

Умовні скорочення

ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВФД	-	Відділення функціональної діагностики
ГО	-	Госпітальний округ
ЄС	-	Європейський Союз
ЗОЗ	-	Заклад охорони здоров'я
КЛ	-	Клінічна лабораторія
ЛП	-	Локальний протокол
ПМСД	-	Первинна медико-санітарна допомога
РВ	-	Відділення променевих методів діагностики
СНД	-	Союз незалежних держав
ЯМД	-	Якість медичної допомоги

ВСТУП

Хвороби ока та його придаткового апарату займають значне місце в загальній захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення. Так, на кожні 100 тис. населення в Україні реєструється 8,5 тис. захворювань очей, у т.ч. понад 3 тис. хвороб виявляються вперше. У структурі

офтальмологічної захворюваності на першому місці стабільно залишаються хвороби кон'юнктиви (30,76%), друге місце посіла катаракта (10,68%), третє – міопія (5,36%). Щорічно зареєструється понад 5,7 тис. вперше виявлених атрофій зорового нерва і 2,3 тис. випадків відшарування та розриву сітківки ока. У динаміці 5 останніх років диспансерна група зазначених хворих зросла на 12,8% за атрофією зорового нерва та на 21,4% за відшаруваннями сітківки.

Крім того хвороби ока та його придаткового апарату мають велике соціальне та економічне значення як для осіб, що хворіють на вказані хвороби, їх сімей та держави в цілому. Рівень первинного виходу на інвалідність дитячого населення в наслідок хвороб ока та його придаткового апарату у 2012 рр. склав 10,7 на 1000 дітей. При цьому число дітей, сліпих на одне або обидва ока становило відповідно 2,3 та 0,9 .

Дослідження вказують на недосконалість системи надання медичної допомоги населенню при хворобах ока та його придаткового апарату, що потребує її оптимізації. Проведення оптимізації системи медичної допомоги населенню при хворобах ока та його придаткового апарату є також актуальним і в зв'язку з реформуванням системи надання медичної допомоги в Україні.

СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Організація системи офтальмологічної допомоги – складне і багатокомпонентне поняття, яке об'єднує два аспекти: об'єктивний (організація офтальмологічної допомоги в закладах охорони здоров'я) та суб'єктивний (офтальмологічна допомога, як вона сприймається медичними працівниками та пацієнтами). На рис. 1 наведена модель системи офтальмологічної допомоги, що ґрунтується на трьох основних компонентах – процесі, структурі і результативності, запропонована А. Donabedian для

оцінки якості медичної допомоги і яка широко використовується в організації охорони здоров'я в країнах світу.

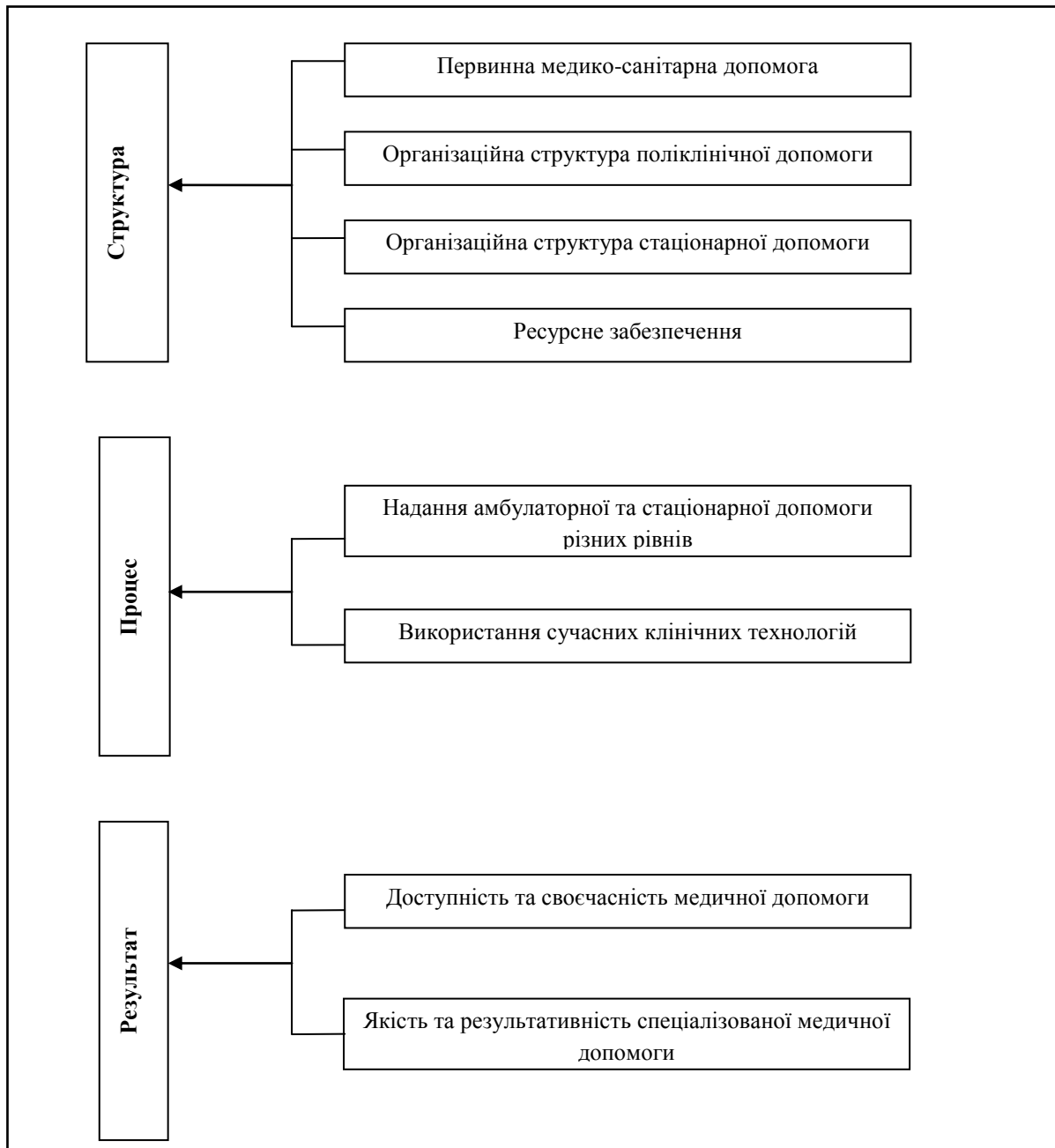


Рис. 1. Організаційна структура служби офтальмологічної допомоги

Структурна компонентна системи офтальмологічної допомоги населенню характеризується і оцінюється можливістю первинної ланки ПМСД надавати медичну допомогу при патології органу зору, відповідно до компетенцій сімейних лікарів, мережею спеціалізованих офтальмологічних кабінетів та стаціонарних відділень другого та третього рівнів надання

медичної допомоги, рівнем забезпечення і якістю ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних, інформаційних) та організаційних форм офтальмологічної допомоги.

Таким чином, структура характеризує умови для забезпечення якісною та доступною офтальмологічної допомоги. Структурний аспект визначається як по відношенню до закладу охорони здоров'я (структурні підрозділи) з їх ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і до кожного медичного працівника системи офтальмологічної допомоги окремо. В цьому випадку оцінюються його професійні якості: сума знань, умінь, навичок з надання офтальмологічної допомоги із застосуванням сучасних клінічних технологій. Крім того, важливим аспектом структурної компоненти є наявність галузевих нормативів офтальмологічної допомоги та їх знання і вміння застосовувати у клінічній практиці медичними працівниками.

Процесна компонента системи офтальмологічної допомоги є складовою сучасного управління організацією медичної допомоги пацієнтам в цілому, оскільки вона задіяна в лікувально-діагностичному процесі на всіх етапах та рівнях надання медичної допомоги та переплітається з іншими медичними спеціальностями. Вона включає технології надання спеціалізованої офтальмологічної медичної допомоги на всіх рівнях, тобто виконання медичним персоналом своїх функцій з офтальмологічної допомоги, взаємовідносин між медичним персоналом в межах локальних клінічних протоколів, лікуючими лікарями та пацієнтами. Лікуючи лікарі повинні використовувати сучасні клінічні протоколи в лікувальному процесі: від профілактики захворювань, постановки діагнозу, лікування, реабілітації пацієнтів.

Результат – це компонента системи офтальмологічної допомоги, що відображає її ефективність. Оцінка за результатами включає своєчасність, якість та ефективність медичної допомоги, у т.ч. зниження рівня втрати зору і ефективність використання ресурсів.

З позиції системного підходу всі вказані компоненти офтальмологічної допомоги пов'язані між собою (рис. 1). Так, на якість та ефективність діяльності офтальмологічної служби впливає наявність та якість обладнання, застосування сучасних клінічних технологій, рівень кваліфікації персоналу, раціональність організаційної структури служби, механізми взаємодії медичних працівників, як за рівнями медичної допомоги, так і клінічних підрозділів закладу охорони здоров'я, тощо. Отже, на результативність діяльності офтальмологічної служби можна впливати через удосконалення ресурсного забезпечення і заходів організаційно-управлінського характеру (структурної реорганізації офтальмологічної служби в цілому).

Необхідно відмітити, що результативність медичної допомоги на 80–95% залежить від дефектів організації та управління, рівня професійної підготовки лікарів-офтальмологів, якості обладнання, застосування технологій з доведеною ефективністю, а також від рівня підготовки управлінців охорони здоров'я. Тобто розв'язання проблем щодо підвищення ефективності діяльності служби офтальмологічної допомоги лежить у площині удосконалення її структури із визначенням видів та обсягів медичної допомоги за рівнями її надання, починаючи з первинної ланки, розвиток якої є пріоритетним в країні та в межах госпітальних округів, і створення центрів мікрохірургії ока.

На рівні консультативних поліклінік рекомендується створення кабінетів оптометрії, а в складі консультативно-діагностичних центрів – офтальмологічних кабінетів. Ці структури створюються для надання спеціалізованої амбулаторної допомоги.

З метою підвищення рівня якості і діагностики захворювань на первинному рівні рекомендується оснащення сімейних амбулаторій офтальмологічним обладнанням відповідно до таблиця оснащення сімейних амбулаторій та створення умов для проведення скринінгових досліджень на раннє виявлення глаукоми та інших хвороб органу зору, що підтверджується і досвідом діяльності системи первинної медичної допомоги країн Європи,

ЄС та СНД. За допомогою таких скринінгових досліджень можна забезпечити виявлення захворювань, що призводять до втрати зору, на доклінічному етапі їх розвитку та провести своєчасне якісне лікування і реабілітацію.

Стаціонарні офтальмологічні відділення з метою надання стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги другого рівня рекомендовано для створення у лікарнях інтенсивного лікування другого рівня, а центрів мікрохірургії ока – на базі відділень офтальмології обласних лікарень.

Така структурна перебудова служби офтальмологічної допомоги, в якості експерименту, має проводитися в рамках відпрацювання пілотних проектів з оптимізації системи надання медичної допомоги в Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві. Вона дозволить забезпечити впровадження сучасних клінічних технологій та підвищити якість медичної допомоги із зниження рівня повної та часткової сліпоти хворих на хвороби органу зору при більш раціональному використанні всіх видів ресурсів: кадрових, фінансових, матеріально-технічних.

При проведенні теоретичного обґрунтування концептуальних підходів до оптимізації системи служби офтальмологічної допомоги в Україні ми спиралися на ряд міжнародних документів.

Так, в Талліннській хартії «Система охорони здоров'я – добробут» (25–27 червня 2008 р.), зокрема, зазначається, що пацієнтам потрібно забезпечити доступ до високоякісної медичної допомоги, і висловлюється впевненість у тому, що постачальники послуг у своїй роботі спираються на найсучасніші і надійні дані в медичній науці, а також використовують найбільш адекватні технології, забезпечуючи ефективність і безпеку втручань.

Щодо питань фінансування системи охорони здоров'я у Хартії зазначається, що механізми фінансування повинні забезпечувати можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального надання медико-санітарних послуг, а «загальний характер розподілу ресурсів повинен забезпечувати

необхідний баланс із метою найбільш повного задоволення поточних та прогнозованих потреб охорони здоров'я».

Крім того, використано дані вітчизняних досліджень щодо недоліків в організації діяльності офтальмологічної служби, результати яких вказали на відсутність дієвого контролю якості спеціалізованої медичної офтальмологічної допомоги та індикаторів, за якими має оцінюватися ефективність та якість наданої медичної допомоги. Наслідком цього є високий рівень неконтрольованих дефектів лікувально-діагностичного процесу, підвищення фінансових витрат, відсутність у керівників дієвих інструментів для управління службою, особливо на первинному та вторинному рівнях, що вкрай важливо при організації медичної допомоги населенню в цілому.

Для подальшого обґрунтування оптимізації системи офтальмологічної служби використані як міжнародні, так і національні стандарти надання офтальмологічної допомоги.

Ми виходили з наступних положень:

- для отримання кращих результатів систему необхідно змінювати;
- результативність системи визначається її властивостями;
- різні вкладення в систему гарантують поліпшення тільки в тій мірі, в якій вони можуть вплинути на зміну системи, тобто будь-яка діяльність (навчання, заохочення, оцінка) призводить до поліпшення, тільки якщо має місце відповідне покращення самої системи;
- змінам мають піддаватися не тільки окремі компоненти системи служби офтальмологічної допомоги (структура, процес, результат), але і зв'язки між ними.

Виходячи з цього, безперервне підвищення якості офтальмологічної допомоги передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів діяльності системи в цілому (системний підхід) шляхом постійної модифікації і вдосконалення як її

складових, так і взаємозв'язків між ними, виявлення і вирішення існуючих проблем .

Проведене теоретичне обґрунтування концептуальних підходів було використано при розробці концептуальної моделі розвитку служби офтальмологічної допомоги на регіональному рівні.

Основними складовими концептуальної моделі розвитку служби офтальмологічної допомоги стали її структурна перебудова із створенням системи офтальмологічної допомоги за етапами та рівнями її надання, матеріально-технічне оснащення відповідно до таблицю оснащення та впровадження сучасних клінічних технологій медичної допомоги шляхом розробки і застосування локальних клінічних протоколів на рівні госпітального округу, що поряд з безперервною підготовкою медичних працівників є основними компонентами безперервного підвищення якості медичної допомоги хворим з хворобами органу зору (рис. 2).

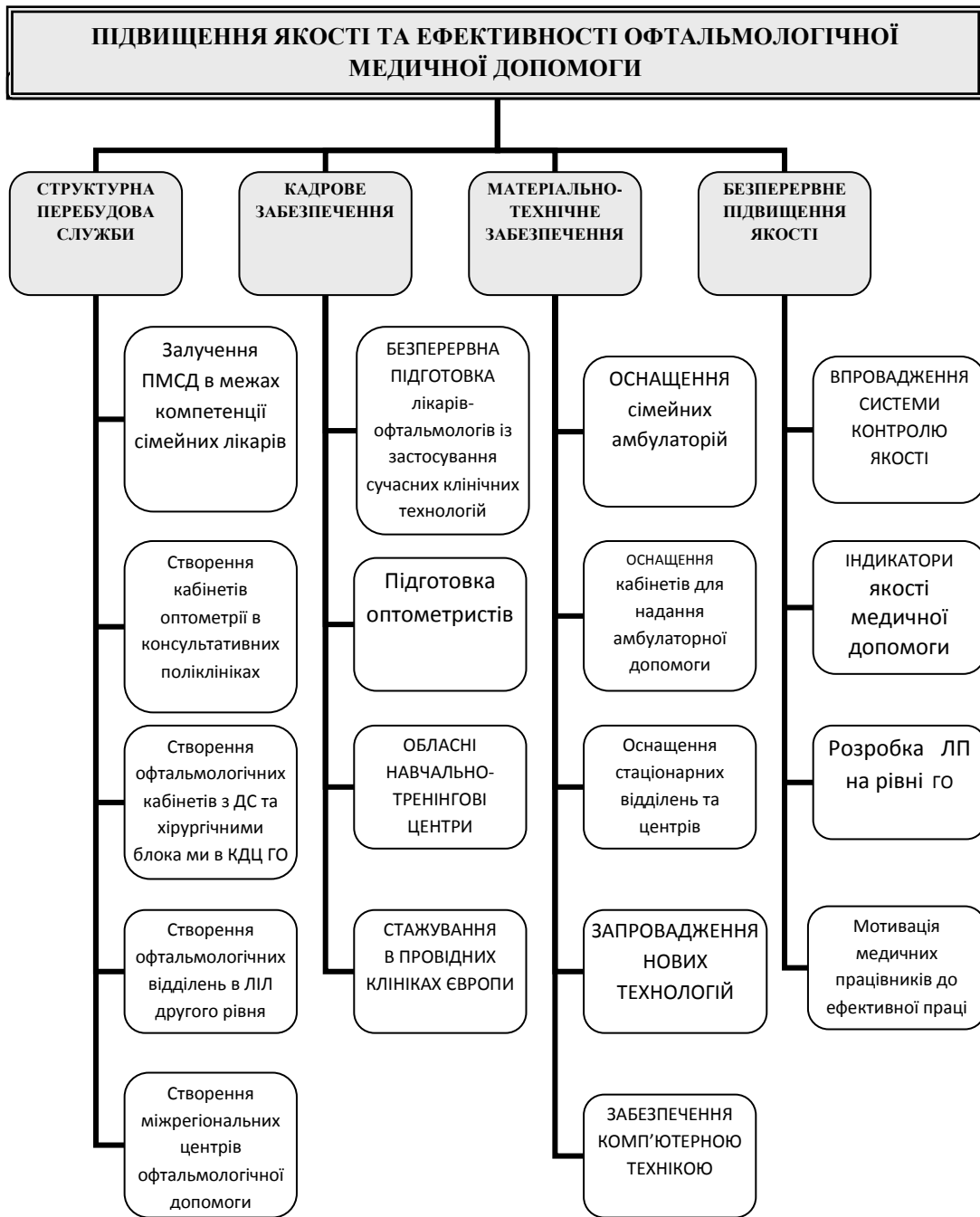


Рис. 2. Концептуальна модель розбудови служби офтальмологічної медичної допомоги

Важливою складовою концептуальної моделі розвитку служби офтальмологічної допомоги на регіональному рівні є її кадрове забезпечення, яке передбачає забезпечення офтальмологічної служби кваліфікованими спеціалістами та фахівцями з безперервним підвищенням їх професійної майстерності, включаючи лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Оптимізація системи охорони здоров'я, яка започаткована Президентом України, передбачає необхідність подальшого розвитку системи медичної допомоги на засадах, які мають забезпечити:

- доступність якісних медичних послуг відповідно до медичних показань для всіх тих, хто їх потребує;
- впровадження сучасних високоефективних медичних технологій, заснованих на доказах;
- відповідність структури медичних послуг, які фінансуються за рахунок державних коштів, реальним медичним потребам різних груп населення;
- захист населення від зuboжіння, пов'язаного з необхідністю самостійно оплачувати необхідні медичні послуги, у тому числі при отриманні спеціалізованої офтальмологічної допомоги;
- підвищення ефективності використання всіх наявних у системі медичної галузі видів ресурсів.

З цією метою в діяльність закладів охорони здоров'я передбачається запровадити сучасні економічні механізми, що дозволяють мотивувати постачальників медичних послуг одночасно і до підвищення якості, і до поліпшення економічної ефективності своєї діяльності.

Базуючись на теоретично обґрунтованих концептуальних підходах розвитку офтальмологічної допомоги, з позиції системного підходу визначено пріоритетні проблеми та можливі шляхи їх усунення. Ключовою ідеєю у вирішенні поставлених задач стало послідовне вирішення проблеми забезпечення пацієнтів доступною та якісною офтальмологічною допомогою, шляхом оптимізації структури і процесів медичної допомоги хворим на

хвороби органу зору на основі наукового аналізу даних отриманих в ході проведення дослідження.

Методологія розбудови задач, сутність кожної з яких спрямована на досягнення кінцевої мети: підвищення якості та ефективності медичної допомоги, потребують вирішення конкретних проблем, а також стратегічних напрямів їх розвитку.

Виходячи із зазначеного, ми виділили групу завдань (рис. 3). Як видно з рисунку, стратегія розвитку служби офтальмологічної допомоги має п'ять складових: структурна перебудова служби, управління службою, удосконалення кадрового забезпечення, безперервне підвищення якості медичної допомоги, матеріально-технічне та технологічне забезпечення оптимізованої системи служби офтальмологічної допомоги.

Далі розглянемо зміст кожної складової.

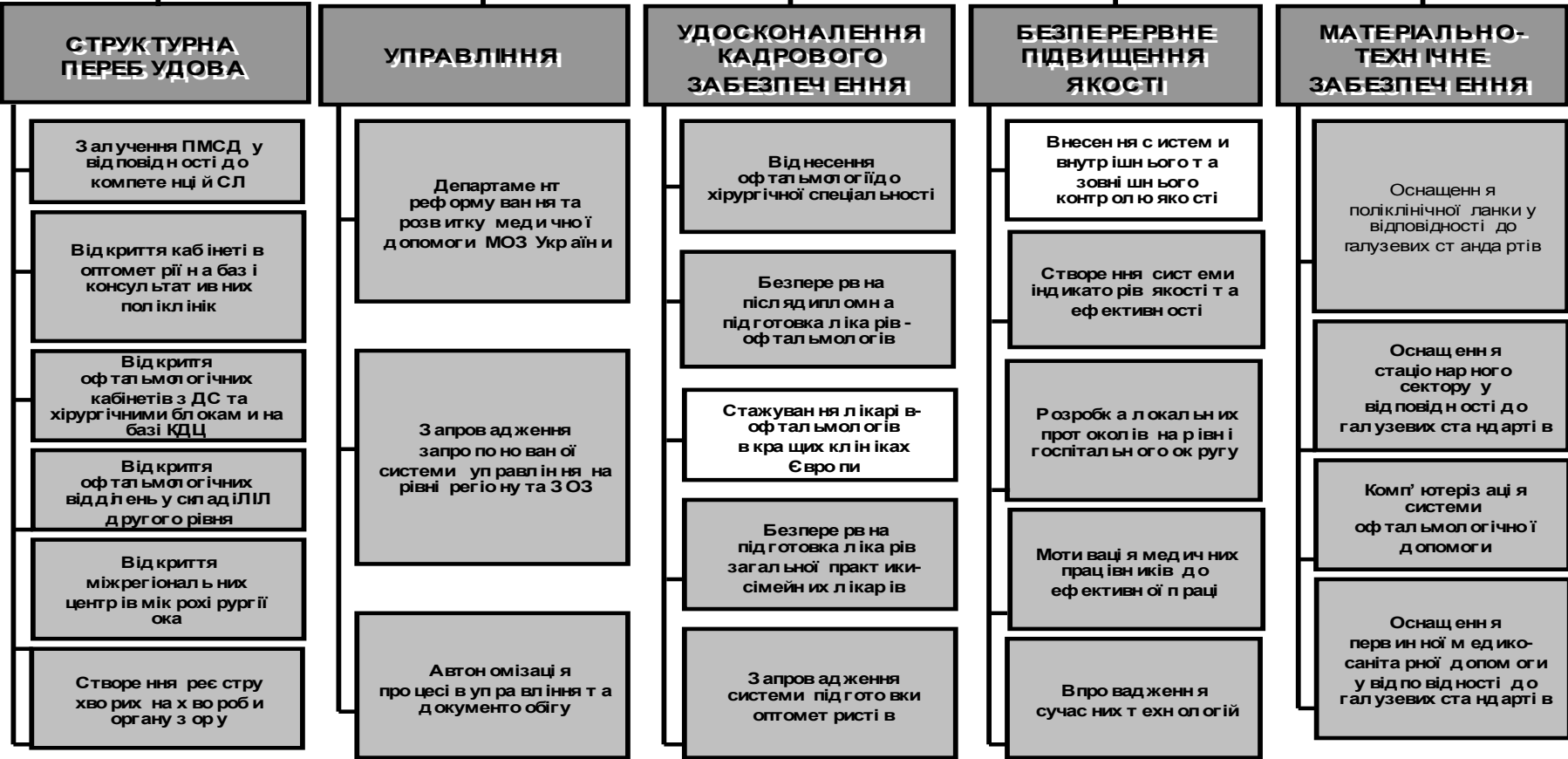
1. Структурна перебудова служби

Вирішення цього завдання полягає в наступному:

- посилення первинної ланки надання медичної допомоги при захворюваннях ока шляхом залучення до надання медичної допомоги хворим з хворобами органа зору лікарів загальної практики-сімейних лікарів в межах їх компетенції;
- раціональне використання кадрових ресурсів лікарів-офтальмологів за рахунок створення: на базі консультативної поліклініки кабінету оптометрії з наданням медичної допомоги в межах компетенції оптометриста;
- створення на базі консультативно-діагностичного центру госпітального округу консультативно-лікувального кабінету з хірургічним блоком для проведення амбулаторних хірургічних втручань та денним стаціонаром для лікування хворим з хворобами органа зору, що дозволить провести скорочення ліжкового фонду та більш раціонально використовувати фінансові ресурси;

- створення в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня офтальмологічних відділень для цілодобового надання медичної допомоги пацієнтам, що поступають до лікарні (розроблене положення про офтальмологічне відділення затверджено наказом МОЗ України від 30.XII.2011 р. №1008);

СКЛАДОВІ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ



Примітка: ЗОЗ – заклад охорони здоров'я; СЛ – сімейний лікар; ДС – денний стаціонар; КДЦ – клініко-діагностичний центр; ЛЛЛ – лікарня інтенсивного лікування; ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

Рис.3. Стратегія розвитку служби офтальмологічної допомоги

- створення на базі офтальмологічних відділень обласних лікарень міжрегіональних центрів мікрохірургії ока з визначенням показань для госпіталізації у відповідні центри, які нами відпрацьовано;
- комп'ютеризація служби із забезпеченням електронного документообігу та єдиного реєстру населення з патологією органу зору.

2 Матеріально-технічне та технологічне забезпечення

Складовими рішення цієї задачі є забезпечення базовим діагностичним та лікувальним обладнанням та комп'ютерною технікою служби офтальмологічної допомоги населенню відповідно до табелів оснащення, які розроблено за нашою участю.

Надзвичайно важливим питанням є впровадження сучасних клінічних технологій, заснованих на доказових, які використовуються в країнах ЄС. Вони мають стати основою національних стандартів та на їх базі здійснена розробка локальних клінічних протоколів на рівні госпітальних округів.

3 Кадрове забезпечення та безперервне підвищення професійної майстерності спеціалістів та фахівців

Ця задача передбачає сучасну підготовку лікарів-офтальмологів та оптометристів відповідно до сучасних технологій клінічної практики, що ґрунтуються на доказах, та використання в діагностичному, лікувальному і реабілітаційному процесах сучасної апаратури. Для цього передбачено:

- первинну підготовку лікарів-офтальмологів на медичних факультетах ВМНЗ IV рівня акредитації;

– безперервну післядипломну підготовку спеціалістів та фахівців шляхом:

а) організації навчальних тренінгових центрів на базі центрів мікрохірургії ока із залученням до цієї роботи кафедр офтальмології ВМНЗ IV рівня акредитації;

б) проходження курсів тематичного удосконалення та передатестаційних циклів академій післядипломної освіти;

в) стажування лікарів-офтальмологів у провідних клініках Європи, що дасть можливість не тільки оволодіти сучасними технологіями медичної допомоги, але й перейняти досвід організації даного виду медичної допомоги.

Надзвичайно важливим питанням є підготовка лікарів загальної практики-сімейних лікарів, в межах їх компетенції, з питань надання первинної медичної допомоги при хворобах органу зору. Це стосується використання профілактичних, скринінгових технологій та надання первинної медичної невідкладної та лікувально-реабілітаційної допомоги. З цією метою рекомендується на додипломному рівні навчання вести курс підготовки студентів з первинної медичної допомоги при хворобах ока та його додаткового апарату; на післядипломному рівні навчання проходження курсів підготовки на кафедрі офтальмології та короткотривалих тренінгів, які присвячені окремим темам первинної медичної допомоги при патології органу зору на базі обласного тренінгового центру.

Важливим питанням також є запровадження системи підготовки оптометристів.

4 Безперервне підвищення якості медичної допомоги

Основними складовими рішення даної задачі є:

- запровадження системи внутрішнього та зовнішнього контролю якості медичної допомоги;
- розробка та запровадження індикаторів якості та ефективності офтальмологічної медичної допомоги;
- впровадження сучасних клінічних технологій надання офтальмологічної допомоги;
- стандартизація всіх етапів та складових медичної допомоги пацієнтам офтальмологічного профілю;
- розробка та запровадження локальних клінічних протоколів на рівні госпітального округу;

- важливим напрямком підвищення ЯМД є мотивація медичних працівників до ефективної праці.

Ключовою ідеєю у досягненні поставлених задач стало послідовне вирішення пріоритетної проблеми забезпечення населення доступною та якісною офтальмологічною медичною допомогою, заснованою на доказах.

Оптимізована система офтальмологічної допомоги ґрунтується на етапності надання медичної допомоги хворим з хворобами органу зору в рамках реформування системи медичної допомоги населенню шляхом:

- на амбулаторно-поліклінічному етапі залучення до її надання ПМСД в рамках компетенції лікарів загальної практики-сімейних лікарів, створення на базі консультативної поліклініки кабінету оптометрії з наданням медичної допомоги в межах компетенції оптометриста; на базі консультативно-діагностичного центру госпітального округу консультативно-лікувального кабінету з хірургічним блоком для проведення амбулаторних хірургічних втручань та денним стаціонаром для лікування пацієнтів з хворобами органа зору;
- на стаціонарному етапі створення в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня офтальмологічних відділень для цілодобового надання медичної допомоги пацієнтам, що поступають до лікарні, та створення на базі офтальмологічних відділень обласних лікарень міжрегіональних центрів мікрохірургії ока з визначенням показань для госпіталізації у відповідні центри;
- безперервна професійна підготовка лікарів-офтальмологів на післядипломному рівні та створення системи підготовки оптометристів;
- забезпечення якості медичної допомоги шляхом застосування сучасних клінічних технологій та запровадження локальних клінічних протоколів на рівні госпітального округу і визначення індикаторів якості та ефективності надання офтальмологічної медичної допомоги на кожному етапі та рівні її надання.

Використання даної системи дозволяє при оптимальних затратах усунути матеріально-технічні фактори ризику несвоєчасного, неповного та неякісного забезпечення населення офтальмологічною допомогою.

Оптимізована система офтальмологічної медичної допомоги побудована на новій організаційній системі надання первинної та вторинної медичної допомоги населенню, що відпрацьовується в пілотних регіонах, і ґрунтується на:

1. Наявних елементах системи охорони здоров'я, причетних до забезпечення населення офтальмологічною медичною допомогою – первинна медико-санітарна допомога.

2. Наявних складових, але частково змінених за рахунок функціональної їх оптимізації: доповнення функцій офтальмологічних кабінетів консультативних поліклінік діяльністю створених кабінетів оптометрії.

3. Якісно нових елементів (створення на базі консультативно-діагностичного центру госпітального округу консультативно-лікувального офтальмологічного відділення з хірургічним блоком для проведення амбулаторних хірургічних втручань та денним стаціонаром для лікування хворим з хворобами органу зору та створення в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня офтальмологічних відділень для цілодобового надання медичної допомоги, що поступають до лікарні, та на базі офтальмологічних відділень обласних лікарень міжрегіональних центрів мікрохірургії ока, запровадження системи управління якістю офтальмологічної медичної допомоги, запровадження системи підготовки оптометристів), інтеграція яких з раніше існуючими та функціонально удосконаленими надали системі нових якостей із досягненням головної мети дослідження.

Таким чином, структурну основу системи складають наявні ресурси чинної системи охорони здоров'я. Її впровадження вимагає додаткових фінансових ресурсів на матеріально-технічне забезпечення відповідно до

галузевих стандартів існуючих та нових структур системи за надання офтальмологічної допомоги та створення системи підготовки оптометристів.

Управління офтальмологічною службою

На базі концептуальної моделі розвитку офтальмологічної служби та представлених моделей, із застосуванням теорії системності, обґрунтована і розроблена модель управління системою офтальмологічної допомоги, яка складається з об'єкту і суб'єкту управління та блоку наукового регулювання.

На рівні МОЗ України відповідальним за організацію офтальмологічної допомоги є Департамент реформування та розвитку медичної допомоги.

Нами розроблена функціонально-організаційна модель управління системою офтальмологічної допомоги, де об'єктом управління є служба, а суб'єктом, який нею керує на рівні закладу охорони здоров'я, є головний лікар закладу охорони здоров'я, а на рівні регіону – керівник управління охорони здоров'я відповідного рівня. Рис. 4.



Рис. 4. Модель управління системою організації медичної допомоги при хворобах органу зору

В процесі управління службою офтальмологічної допомоги передбачається наявність та систематичне (щоденне) поповнення всіх видів інформації з питань медичного забезпечення пацієнтів офтальмологічного профілю, наявність ресурсів і управління.

Для цього нормативно-розпорядча інформація стосовно організації та діяльності офтальмологічної служби (постанови Кабінету Міністрів, накази МОЗ щодо нормативів, технологій тощо) своєчасно надходить до закладів охорони здоров'я. Наукова інформація має бути своєчасною і доступною для апарату управління всіх рівнів. Це стосується статистичних, фінансово-економічних, кадрових показників, інформації щодо результатів діяльності офтальмологічної служби, яка розповсюджується на кожний ієрархічний рівень за допомогою створеної інформаційно-довідкової системи. Інформація з особистих джерел включає дані медико-соціологічних досліджень, що передбачені в закладах охорони здоров'я стосовно задоволення пацієнтів якістю офтальмологічної допомоги, спілкуванням з медичним персоналом тощо та статистичні дані про діяльність системи.

Отже, в питанні забезпечення права пацієнтів в на охорону здоров'я, якісну і доступну медичну допомогу важливою є оптимізація системи забезпечення населення офтальмологічною допомогою на основі трьох головних компонентів (суб'єкта і об'єкта управління та блока наукового регулювання) з використанням шести аспектів системного підходу.

Функціональний аспект системного підходу для об'єкту управління означає відповідність ЗОЗ державним вимогам стосовно управління закладом, організацію кадрового забезпечення, економіки і фінансів, якості надання лікувально-профілактичної допомоги та ін. Наявність в ЗОЗ висококваліфікованих медичних кадрів служить забезпеченню якості медичної допомоги. Вважаємо, що ЗОЗ мають регулярно проводити медико-соціологічні дослідження з питань вивчення задоволеності пацієнтів та членів їх сімей якістю надання медичної допомоги.

Вирішення **системно-структурного питання** супроводжується внутрішнім зв'язком між елементами системи. Ці зв'язки проявляються у заходах з надання спеціалізованої офтальмологічної медичної допомоги, що здійснюються на всіх рівнях та етапах її надання.

Весь комплекс цих та інших дій і факторів зберігають систему, як єдине ціле і сприяють її розвитку.

Системно-інтегративний аспект базується на використанні нових технологій, способів і методів діагностики лікування пацієнтів офтальмологічного профілю в ЗОЗ, які визначені в стандартах медичних технологій. Акредитаційна категорія, що отримана медичним закладом, свідчить про наявність прийнятого для галузі рівня якості надання медичної допомоги. При чому, вище зазначені компоненти - стандартизація і акредитація - взаємопов'язані між собою, зокрема, наявність використання стандартів медичних технологій є обов'язковою умовою для проведення акредитації закладу.

Вирішення **системно-комунікаційного питання** потребує відпрацювання комунікаційних зв'язків з державними, недержавними, громадським і міжнародними організаціями з питань надання спеціалізованої офтальмологічної медичної допомоги, участь у міжнародних програмах ВООЗ з питань гарантії забезпечення населення доступною, кваліфікованою медичною допомогою.

Важливим аспектом цього компоненту є формування інформаційної стратегії, про яку буде викладено нижче.

Стосовно **системно-історичного аспекту**, слід зазначити, що на основі набутого власного і закордонного досвіду з питань організації спеціалізованої офтальмологічної медичної допомоги здійснюється процес раціонального використання ресурсів та медичних кадрів, безперервного підвищення якості медичної допомоги з залученням нових технологій, способів і методів діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів,

удосконалення професійної підготовки медичних кадрів, а також процесу управління медичної допомоги.

Блок наукового регулювання одним із головних компонентів включає в собі організацію науково-інформаційного забезпечення з питань ресурсів закладів охорони здоров'я, вивчення і розповсюдження досвіду ВООЗ з питань надання доступної кваліфікованої спеціалізованої офтальмологічної медичної допомоги та досвіду медичної галузі України з цього питання, організацію зв'язку системи з науковими закладами країни, у т.ч. головним інститутом з проблем офтальмологічної допомоги з метою отримання науково-методичної допомоги, робота наукових товариств, науково-практичні конференції тощо.

ХАРАКТЕРИСТИКА МІЖРЕГІОНАЛЬНОГО ФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

Основною функціонально-організаційною одиницею третинної офтальмологічної медичної допомоги на міжрегіональному рівні стає спеціалізований центр, структура якого наведена на рис.5. Розроблена функціонально-організаційна структура спеціалізованого офтальмологічного центру дозволяє при концентрації ресурсів, забезпечити їх більш раціональне використання за рахунок консультативного відбору пацієнтів на госпіталізацію, диференціації ліжкового фонду в залежності від потреб пацієнтів в інтенсивності медичної допомоги та догляду (відділення для мікрохірургічного лікування, для консервативного лікування, для реабілітації), мобільного переведення пацієнтів з одного типу відділення в інше, активного використання стаціонарозамінних форм лікування пацієнтів, диспансерного спостереження та реабілітації пацієнтів після стаціонарного лікування. В структуру медичного закладу включено навчально-методичний підрозділ на який покладено функцію безперервної підготовки медичних кадрів закладу у відповідності до його потреб.

В складі центру мають функціонувати сучасні діагностичної служби, кабінети лікарів-консультантів, архів, харчоблок, господарська частина та бібліотека.

Центр повинен мати інформаційну мережу, яка інтегрована в склад державної медичної інформаційної системи, має доступ до мережі інтернет та в своєму складі має інформаційно-ресурсну базу даних за спеціальністю.

Даний центр має створюватися для надання високоспеціалізованої допомоги населенню в кількості не менше 5 млн осіб.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ДІЯЛЬНІСТЮ РЕФОРМОВАНОЇ СИСТЕМИ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Оптимізація системи офтальмологічної допомоги дорослому населенню базується на етапності її надання. Її ефективне впровадження можливо з визначенням управлінської функції до якої віднесено стратегічне планування розвитку системи спеціалізованої офтальмологічної допомоги на всіх рівнях та етапах її надання.

Досягнення поставленої мети по забезпеченню населення доступною та якісною медичною спеціалізованою допомогою при хворобах ока та його додаткового апарату може бути здійснено шляхом раціоналізації структури медичної допомоги. При цьому вказана структура має відповідати структурі медичної допомоги, яка формується в країні в ході реформування системи охорони здоров'я. Це три рівня: первинний вторинний та третинний і два етапи: до госпітальний та госпітальний.

На рівні первинної медико-санітарної допомоги медична допомога пацієнтам з хворобами органу зору надається лікарями загальної практики-сімейним лікарями в межах їх компетенції.

На вторинному рівні, в межах створених госпітальних округів, надається як амбулаторно-поліклінічна так і стаціонарна медична допомога. Амбулаторно-поліклінічна допомога має надаватися оптометристами в консультативних поліклініках та лікарями-офтальмологами в консультативно-діагностичних центрах. Стаціонарна медична допомога має надаватися в спеціалізованих відділеннях, які створюються в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня.

Високоспеціалізована медична допомога третинного рівня, як амбулаторно-поліклінічна так і стаціонарна допомога надається в обласних клінічних лікарнях та міжрегіональних офтальмологічних центрах.

Для забезпечення ефективної діяльності офтальмологічної допомогою в умовах її оптимізації створюється система управління.

Управління системою офтальмологічної допомоги населенню забезпечується за допомогою розробленої системи. Рис. 6. Запропонована система має три складових: об'єкт, суб'єкт управління та блок наукового забезпечення.

Управління системою надання офтальмологічної допомоги на галузевому рівні здійснює директор Департаменту реформ та розвитку охорони здоров'я МОЗ України через головного позаштатного офтальмолога. На регіональному рівні управління здійснює начальник Департаменту охорони здоров'я державної адміністрації залучаючи позаштатного спеціаліста за спеціальністю "Офтальмологія". На рівні закладу охорони здоров'я загальне керівництво здійснює головний лікар, а безпосереднє – керівник відповідного підрозділу. До управління системою офтальмологічної допомоги залучаються професійні асоціації та на рівні закладу охорони здоров'я – опікунські ради.

Ефективне управління системою офтальмологічної допомоги, на всіх рівнях її надання, неможливе без сучасного інформаційного забезпечення. У зв'язку з цим нами розроблена концептуальна модель інформаційного

забезпечення діяльності реформованої системи офтальмологічної допомоги населенню України. Рис.6.

Рівні впровадження	Мета системи	Механізми дії	Функції	Учасники процесу	Необхідні ресурси	Оцінка результатів
Центральний	Забезпечення органів управління всіх рівнів та керівників	Державна цільова програма інформатизації охорони здоров'я	Законодавче забезпечення процесу комплексної інформатизації охорони здоров'я	Верховна Рада України Кабінет Міністрів України	Політична воля осіб, що приймають рішення на центральному рівні з відповідним бюджетним фінансуванням	Єдина вертикальна система моніторингу рівня
Галузевий	закладів охорони здоров'я інформацією про: - рівні поширеності хвороб органу зору серед населення в регіональному аспекті;	Накази та інші підзаконні акти	Розробка єдиних класифікаторів та програм. Створення центрального серверу. Плановий та поточний аналіз діяльності системи.	Міністерство охорони здоров'я	Система підготовки спеціалістів - учасників процесу.	захворюваності, поширеності хвороб та інвалідизації населення в наслідок хвороб органу зору, стану виконання програм, а також оцінки їх ефективності за затвердженими індикаторами.
Регіональний	- ресурсне забезпечення системи;	Регіональні цільові програми	Створення регіональних серверів в складі інформаційно-аналітичних центрів. Плановий та поточний аналіз діяльності системи.	Обласні Ради, обласні та міські державні адміністрації, департаменти охорони здоров'я	Фінансування заходів регіональних цільових програм (державно-приватне партнерство)	
Місцевий-закладу охорони здоров'я	- якість та ефективність надання медичної допомоги; - раціональність використання ресурсів.	Програми інформатизації закладів охорони здоров'я	Створення автоматизованих робочих місць. Введення та використання даних згідно розроблених класифікаторів.	Керівники закладів охорони здоров'я. Медичні працівники. Технічний персонал.	Фінансування програм інформатизації закладів охорони здоров'я (державно-приватне партнерство).	Підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги на основі прийнятих управлінських рішень.

Рис.6. Концептуальна модель інформаційного забезпечення діяльності реформованої системи офтальмологічної допомоги населенню

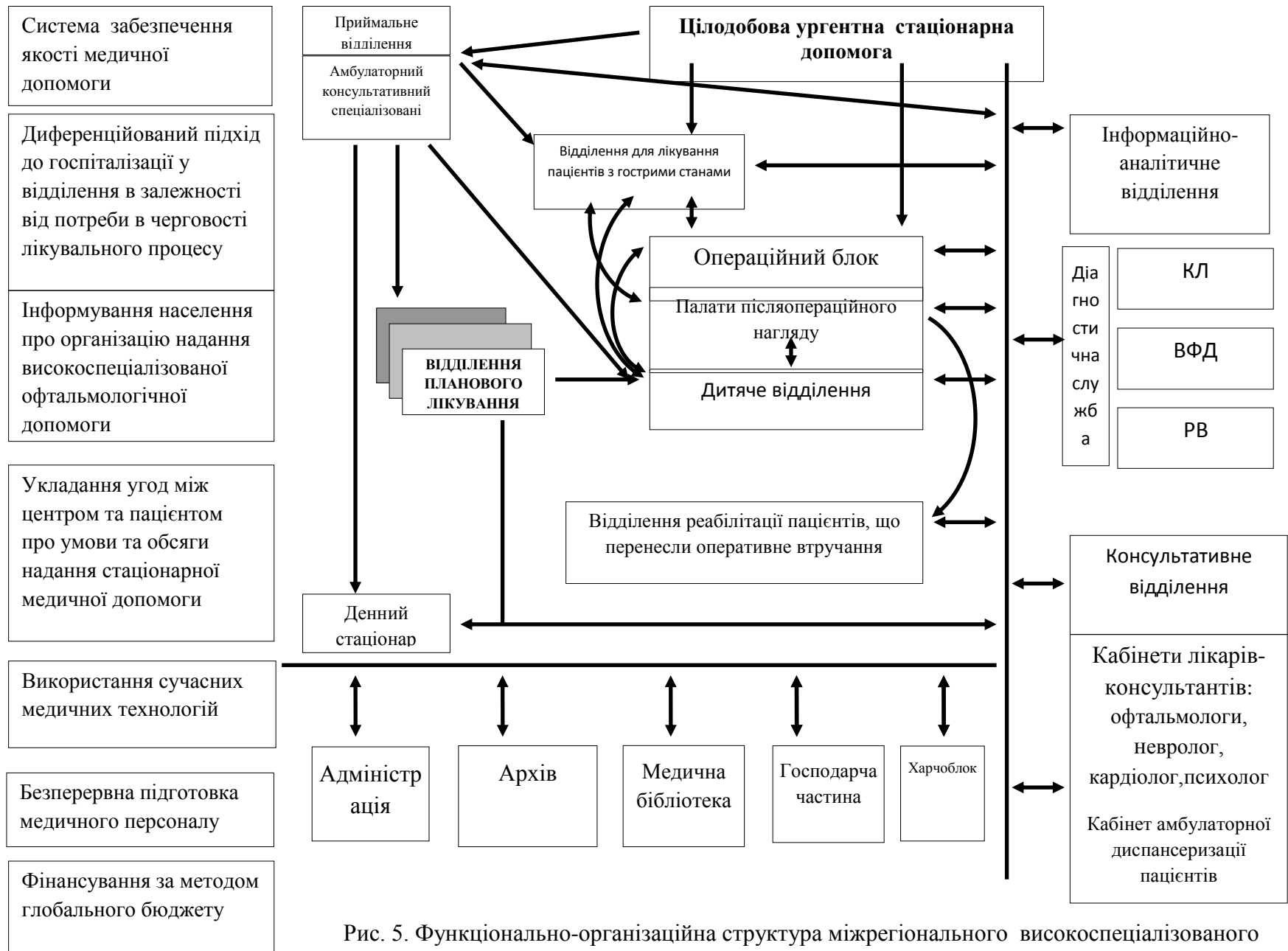


Рис. 5. Функціонально-організаційна структура міжрегіонального високоспеціалізованого офтальмологічного центру

Дана модель включає такі розділи: мета застосування, рівні рішення, механізми дії, функції. Також вказані учасники процесу і необхідні ресурси та окремим розділом визначено оцінку результативності впровадження моделі. Дані складові розроблені для кожного рівня управління від центрального до рівня закладу охорони здоров'я.

Метою даної моделі є забезпечення органів управління всіх рівнів та керівників закладів охорони здоров'я інформацією про: рівні поширеності хвороб органу зору серед населення в регіональному аспекті; ресурсне забезпечення системи; якість та ефективність надання медичної допомоги; раціональність використання ресурсів.

Модель інформаційного забезпечення діяльності реформованої системи офтальмологічної допомоги населенню України має діяти в рамках комплексної системи інформатизації галузі охорони здоров'я. Важливою складовою моделі має стати єдиний державний реєстр пацієнтів.

Висновки

Обґрунтовано систему оптимізації офтальмологічної медичної допомоги населенню в рамках реформування системи медичної допомоги.

Інноваційним є обґрунтування принципово нових функціонально-організаційних підходів до організації офтальмологічної допомоги в Україні. Вони полягають у забезпеченні етапності в наданні медичної допомоги хворим на хвороби ока та його додаткового апарату за рівнями медичної допомоги.

Другою інновацією є залучення до надання медичної допомоги хворим з хворобами органу зору лікарів загальної практики-сімейних лікарів в межах їх компетенції з проведення профілактичної роботи, проведення скринінігу на раннє виявлення патології органу зору та надання невідкладної допомоги, проведення реабілітації пацієнтів.

Третя інновація полягає у створенні на базі консультативної поліклініки кабінету оптометрії з наданням медичної допомоги в межах

компетенції оптометриста; а на базі консультативно-діагностичного центру госпітального округу – консультативно-лікувального офтальмологічного відділення з хірургічним блоком для проведення амбулаторних хірургічних втручань та денним стаціонаром для лікування хворих з хворобами органу зору.

Четверта інновація полягає у створенні в складі лікарень інтенсивного лікування другого рівня офтальмологічних відділень для цілодобового надання медичної допомоги пацієнтам, що поступають до лікарні, та створенні на базі офтальмологічних відділень обласних лікарень міжрегіональних центрів мікрохірургії ока з визначенням показань для госпіталізації у відповідні центри.

П'ята інновація – комп'ютеризація служби із забезпеченням електронного документообігу та єдиного реєстру населення з патологією органа зору в рамках єдиного реєстру пацієнтів.

Шостою інновацією є запровадження сучасної системи контролю якості офтальмологічної допомоги яка базується на локальних клінічних протоколах, в межах госпітального округу та індикаторах якості та ефективності офтальмологічної медичної допомоги.

Сьома інновація – розробка табеля оснащення структурних підрозділів, що надають офтальмологічну допомогу, відповідно до кращих світових зразків.

Восьма інновація – запровадження системи підготовки оптометристів та безперервної професійної підготовки медичних працівників, що надають медичну допомогу офтальмологічного профілю.

Література

Збітнєва С. В. Деякі показники ресурсного забезпечення та діяльності офтальмологічної служби України / С. В. Збітнєва // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3 (15). – С. 103–111.

Збітнєва С. В. Захворюваність населення України на хвороби ока та його додаткового апарату / С. В. Збітнєва // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 14–17.

Збітнєва С.В. Інвалідизація дітей в наслідок хвороб органу зору // Україна. Здоров'я нації. 2012. - №3. – С.256-260.

Здоров'я населення та діяльність охорони здоров'я України : європейський вимір (за даними вибіркового індикатора бази даних Європейського Регіонального Бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я) / Ф. Ф. Ринда, Є. М. Кривенко, Р. Й. Лихотоп [та ін.]; за ред. З. М. Митника. – К. : МОЗ; УІСД, 2010. – 89 с.

Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення : [аналіт. матеріали] / В. В. Лазоришинець, В. Г. Бідний, М. В. Банчук; за ред. З. М. Митника. – К. : МОЗ, УІСД, 2010. – 107 с.

Крижанівська Т. В. Інвалідність внаслідок патології органу зору у населення України в 1990–2002 роках / Т. В. Крижанівська // Офтальмол. журнал. – 2003. – № 3. – С. 23–26.

Лехан В. М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні : [спільний звіт] / В. М. Лехан, В. М. Рудий; Світовий банк. Європ. коміс. Швед. Агентство з міжнар. Розвитку ; за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 167 с.

Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – С. 30–31.

Лимбан Е. С. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России / Е. С. Либман, Е. В. Шахова // Весн. офтальмології. – 2006. – № 1. – С. 35–37.

Медведовська Н. В. Захворюваність органу зору / Н. В. Медведовська // Вісник наук. досліджень. – 2000. – № 1 (17). – С. 15–17.

Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.

Організаційні основи структурної перебудови вторинної медичної допомоги / Г. О. Слабкий, Г. Я. Пархоменко, Н. П. Кризина, С. В. Збітнєва // Тези доп. міжнар. наук.-практ. конф., присвячена Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. [“Старіння та здоров'я”], (Київ, 5–6 квіт. 2012 р.) // Східноєвроп.

журн. громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 254–255.

Офтальмологічна допомога в Україні за 2006–2011 роки : [аналіт.-стат. дов.] / за ред Р. О. Моїсеєнко. – К. : МОЗ України, ДЗ “Центр медичної статистики МОЗ України”, НМАПО ім. П.Л. Шупика, 2012.

Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / Комітет з економічних реформ при Президентові України, 2010. – 87 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. – Назва с екрану.

Системи охорони здоров'я – здоров'я – благополуччя // Матеріали Європейської міністерської конф. ВООЗ по системам охорони здоров'я (Таллінн, 25–27 черв. 2008 р.) – Таллінн, Естонія

Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря : виявлення захворювань щитовидної залози та глаукоми / за ред. Г. О. Слабкого. – К. : МОЗ, УІСД, 2011. – 29 с.

Donabedian A. The Epidemiology of quality / A. Donabedian // Inquiry. – 1994. – Vol. 22. – P. 292.

Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260, № 12. – P. 1743–1748.

Оптимізована функціонально-організаційна система спеціалізованої офтальмологічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я. Методичні рекомендації.

Автори розробники:

Слабкий Г.О., доктор медичних наук, професор

Риков С.О., доктор медичних наук, професор

Збітнєва С.В., кандидат медичних наук

Троянов Д. П., лікар

Відповідальний редактор: Северин Г.К.

Технічний редактор: Науменко О. С.

Коректор: Беленська Л.М.

Здано до набору 29 жовтня 2013 року. Підписано до друку 5 листопада 2013 року.

Формат 60x84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Times.

Друк лазерний. Умовних друк.арк. 1,69. Облік. вид.арк.1,89.

Наклад 50 прим.

Видавництво «НОУЛІДЖ»

Свідоство про реєстрацію серія ДК №2884 від 26.06.2007

91051, м. Луганськ, кв. Якіра,3/316

Надруковано в ТОВ «Цифрова типографія»

Адреса: м. Донецьк-15, вул. Челюскінців, 291а,

Тел.: (062) 338-07-31, 338-07-30