

თოდ იჭრება მედიცინის ყველა სფეროს მართვაში. ვინაიდან სტომატოლოგია ტექნოლოგიური თვალსაზრისით მედიცინის ერთ-ერთი ყველაზე სწრაფად განვითარებადი დარგია, მნიშვნელოვანია ერგონომიკული კუთხით მუდმივი მონიტორინგი, რათა ტექნოლოგიურ წინსვლას თან სდევდეს ადეკვატური შრომითი რეკომენდაციები, რაც ხელს შეუწყობს დარგში დასაქმებულ ადამიანების ადაპტაციას სიახლეებთან და, შესაბამისად, მომსახურების ხარისხის ზრდას. სტომატოლოგიაში შრომითი პროცესის ეფექტურობას განსაზღვრავს: მომსახურე პერსონალის კვალიფიკაცია, შრომითი პირობების სპეციფიკა და ამ პირობებთან პერსონალის ადაპტაცია. აღნიშნულის თაობაზე სწორი რეკომენდაციების შემუშავება წარმოადგენს ერგონომიკის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს ამოცანას, ამასთანავე, ასეთი რეკომენდაციების პრაქტიკული იმპლემენტაცია გარკვეულად პრობლემურია. მოცემული ლიტერატურის მიმოხილვაში გაანალიზებულია ერგონომიკული პრინციპების დანერგვის პირობები და ის რისკ-ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებს ამ პრინციპების არასრულფასოვან რეალიზაციას.

მიმოხილვა მოიცავს „Science Direct“, „Scopus“ და

“PubMed”-ის ბაზებში ინდექსირებულ ჟურნალებში ბოლო 5 წლის მანძილზე გამოქვეყნებულ ნაშრომებიდან მიღებული ინფორმაციის განხილვას და ანალიზს.

სათანადო სამეცნიერო ლიტერატურის წაყარობის განხილვის და ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა, რომ აუცილებელია:

1. მომსახურე პერსონალის საკმარისობის გაუმჯობესების მიზნით ადამიანის, ტექნიკის (ტექნოლოგიის) და გარემო ფაქტორების ურთიერთქმედების კანონზომიერებათა გამოკვლევა;

2. სამუშაო პირობების ერგონომიკული შეფასება და „პროფესიული მავნე ფაქტორების“ დინამიკური გამოვლენა, ქვეყანაში სოციალურ-ეკონომიკური პირობების ცვლილების შესაბამისი ერგონომიკული გარემოს შემქმნა მედიცინაში;

3. „ადამიან-ოპერატორის“ მოღვაწეობის თეორიული საფუძვლების შემუშავება ტექნიკური სისტემების ექსპლუატაციის პირობებისა და გარემო ფაქტორთა თავისებურებების გათვალისწინებით.

4. ერგონომიკულ პროგნოზების და ჰიპოთეზების შემუშავება ადამიანის შრომითი პროცესის განვითარება-გაუმჯობესებისათვის.

ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ ГРУЗИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19 (ОБЗОР)

¹Бараташвили З.З., ¹Казахашвили Н.А., ²Герзмава О.Х.

¹Тбилисский государственный университет им. И. Джавахишвили;

²Университет им. Григола Робакидзе, Грузия

Пандемия Covid 19 существенно повлияла на выбор стратегического направления глобального здравоохранения и адекватных форм управления стационарными учреждениями, в том числе и в Грузии. Для реализации гарантий и обеспечения качества медицинской помощи важное значение придается принятию решений доказательного характера, базирующихся на мониторинге и углубленном анализе информации с использованием различных средств программного обеспечения. Однако, на данный момент, в учреждениях здравоохранения отсутствует единая система для реализации концепции непрерывного улучшения качества, что представляет особую необходимость в условиях резкого роста инфицированных COVID 19, требует поиска механизмов, позволяющих обеспечить гарантированный уровень качества медицинской помощи пациентам [1,4,6,9].

Во время пандемии COVID 19 возникла необходимость в разработке множества нормативных актов, затрагивающих все сферы функционирования государственных органов, в том числе здравоохранения, образования, экономики, индустрии туризма, деятельности правоохранительных органов. Большинство из них нацелены на оказание медицинских услуг и непрерывное управление здравоохранением. Основным документом является Постановление правительства Грузии №164, которое является основой для мер по предотвращению возможного распространения нового коронавируса в Грузии и утверждением плана оперативного

реагирования на случаи заболевания, вызванного новым коронавирусом COVID 19.

В условиях пандемии министерству здравоохранения Грузии пришлось адаптироваться к существующим реалиям, возникла необходимость изменений в системе здравоохранения, например: изменились условия оплаты для поставщиков медицинских услуг, участвующих в программе универсального здравоохранения, увеличился период ожидания финансирования, для населения реализован ряд социальных программ в связи с пандемией. Возникла необходимость освободить от налогов импорт определенных медицинских изделий. Обычные клиники временно перекалифицировались в лихорадочные центры, которые являются первым барьером для пациентов с COVID 19 [1,5,11,12].

Созданы элементы информационной инфраструктуры для нужд медицины, положено начало применению и распространению современных информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения. Разработанные информационные системы, как правило, носят узконаправленный характер, ориентированный на обеспечение частных функций и задач, отсутствует унифицированный подход к их преобразованию в единую информационную среду.

Следует подчеркнуть, что данная проблема относится к одному из самых затратных и ресурсоемких видов - стационарной помощи. Создание и внедрение эффективных методик экспертизы качества лечебно-диагностического

процесса в стационарах позволит оптимизировать и повысить эффективность их деятельности. Значимым аспектом является разработка единой унифицированной технологии проведения экспертиз для различных служб и профилей стационарной помощи. Такой подход обеспечит взаимодействие экспертов различных уровней и направлений.

В условиях пандемии создание качественных систем управления здравоохранением стало одним из приоритетных направлений здравоохранения, достижение которого не всегда удается. Признание того, что стратегическим направлением системы здравоохранения всех стран является поиск, выбор и адаптация эффективных методов управления качеством медицинских услуг во многих случаях не реализовано. В качестве примера можно привести США, ряд крупных европейских и латиноамериканских стран, где системы здравоохранения не справились с наплывом пациентов. Причина - игнорирование национальных программ повышения качества медицинской помощи, основанных на системном подходе к решению этих проблем и не реализованные учреждениями здравоохранения.

Несмотря на объявленный правительством Грузии план развития системы здравоохранения, до настоящего времени нет унифицированных и эффективных инструментов для управления качеством и также индикаторов, которые обеспечивают стандарт качества. У поставщиков услуг также отсутствует единый подход к реализации концепции непрерывного управления улучшением качества.

Учитывая вышеуказанное, целью исследования явилось изучение проблем продвижения мероприятий по улучшению качества стационарной помощи в условиях нарастающего темпа пандемии COVID 19 в Грузии.

Материал и методы. На основе разработанной унифицированной экспертной карты по оценке качества и технологии оказания медицинской помощи построена математическая модель и использован метод квантификации для формирования единой региональной системы автоматизированного мониторинга уровня качества оказываемой медицинской помощи в стационарах. Использование данной системы мониторинга качества медицинской помощи (КМП), позволяет с помощью статистических методов осуществлять управление КМП; формировать по конкретным параметрам (нозология, пол, возраст, тяжесть состояния) однородные группы больных и оценивать качество оказанной им медицинской помощи; осуществлять мониторинг и проведение сравнительного анализа КМП в работе отдельных врачей, структурных подразделений, учреждения в целом, создать базу данных результатов, проведенных по единой технологии, экспертиз во всех лечебно-профилактических учреждениях на уровне региона.

В процессе проведения исследования осуществлен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме. Разработаны дизайн исследования, статистический инструментарий и программное обеспечение для автоматизированной информационной системы по оценке результатов экспертизы качества и технологии оказания медицинской помощи в стационаре, проведена обработка и анализ отчетных данных.

Применение экспертной карты, как унифицированного формализованного экспертного инструмента, для оценки КМП в стационаре, позволяет выявить проблемные зоны в технологическом процессе оказания медицинской помощи, установить конкретный уровень, на котором имеются дефекты и разработать предложения по устранению причин их возникновения.

Количественная оценка деятельности стационарного медицинского учреждения, проводимая по группам процессуальных индикаторов и интегрированному показателю по оценке КМП с использованием единой унифицированной технологии, обеспечивает ее применение на ведомственном (от оценки работы каждого врача и структурного подразделения до учреждения, службы и региона в целом) и вневедомственном уровнях. Совокупность осуществляемых на внутриведомственном уровне организационно взаимосвязанных операций по обработке информации для оценки КМП с использованием автоматизированной информационной системы обеспечивает принятие управленческих решений по обеспечению качества медицинской помощи.

Статистическая обработка полученного материала осуществлялась на основе общепринятых статистических методов: группировка, шифровка, сводка, формирование аналитических таблиц, расчет относительных и средних величин, определение достоверности разности полученных результатов с использованием параметрических и непараметрических методов статистического исследования.

Проблемы распространения COVID-19 в Грузии.

В условиях пандемии коронавирусной инфекции система здравоохранения испытывает колоссальную нагрузку и от грамотной мобилизации всех ресурсов (организационные, финансовые, кадровые) зависит, без всякого преувеличения, будущее страны. На сегодняшний день приняты важнейшие решения, необходимые для сохранения финансовой устойчивости системы здравоохранения — от слаженных действий исполнительных органов власти в сфере здравоохранения, системы медицинского страхования и медицинских организаций во многом зависит ситуация, связанная с коронавирусной инфекцией на местах.

По состоянию на 11:10 ч. 17 сентября 2020 г., количество подтвержденных случаев инфицирования COVID-19 в Грузии, за исключением оккупированных территорий, составляет 2 937. В то же время 41 гражданин Грузии инфицирован за пределами страны и перевезен в Грузию на лечение. 1 422 из них уже полностью выздоровели, 19 скончались. Кроме того, 6 663 находятся на 8-дневном обязательном карантине, а 836 — под наблюдением врачей в медицинских учреждениях.

Пандемия внесла значительные коррективы в деятельность всех медицинских организаций, направленных на реализацию мер по своевременной диагностике, лечению и снижению рисков распространения COVID-19. В целях защиты пациентов от угрозы распространения коронавирусной инфекции внесены изменения в оказание плановой медицинской помощи по заболеваниям, не связанным с COVID-19. Развернута массовая лабораторная диагностика на коронавирус, проводится более 1000 анализов в день. Все лаборатории, диагностирующие COVID-19, включены в систему обязательного медицинского страхования. Учреждения здравоохранения несут дополнительные расходы в связи с пандемией: приобретение медикаментов и других материальных запасов, в том числе средств индивидуальной защиты, расходных материалов для организации карантинных мероприятий, а также на выплаты заработной платы медицинским работникам. Оснащению медицинским оборудованием для оказания медицинской помощи при COVID-19 уделяется особое внимание. Проводится аналитическая и экспертная работа по оценке распространения ОРВИ и внебольничных пневмоний с целью прогнозирования ситуации с COVID-19.

Крайне актуальной остается работа по информированию граждан, что является приоритетом деятельности по снижению распространения COVID-19 и проведению противоэпидемических мероприятий. Основные вопросы, которые поступают, касаются соблюдения режима самоизоляции, сдачи анализов, выдачи листков нетрудоспособности, организации медицинской помощи на дому, помощи волонтеров. В этой связи крайне значимо использование вакцины от COVID-19, что представляет жизненно важную проблему [5,7,9].

Одной из значимых задач правительства Грузии по развитию системы здравоохранения явилось сохранение географического доступа к медицинским услугам и обеспечение преемственности с приоритетным развитием профилактической и первичной медико-санитарной помощи. В этой связи приоритетным направлением признан внедрение систем управления качеством медицинских услуг, включая обоснование новых показателей качества, их систематический мониторинг и интеграцию в формы отчетности, включение в механизмы аудита и аккредитации.

Особое внимание уделено модернизации стационаров, мониторингу качества оказываемой помощи, интенсификации использования коечного фонда. Это подтверждается и статистическими данными – в частности, несмотря на незначительный рост коечного фонда (в основном, за счет крупных, многопрофильных частных клиник), существенно приблизились к международным стандартам такие показатели, как нагрузка и оборот коечного фонда (таблица 1).

Методы контроля качества лечебно-диагностического процесса в условиях пандемии COVID-19.

Создание и внедрение эффективных методов контроля качества лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях оптимизирует ресурсы и повышает эффективность их деятельности. Важно улучшать качество посредством вовлечения всех заинтересованных сторон в сектор здравоохранения.

Стационарное лечение пациентов с COVID-19 предусматривает: этиотропное лечение; патогенетическое лечение; симптоматическое лечение; антибактериальную терапию при осложненных формах; мониторинг клинических и лабораторных показателей.

Безусловно, в этой связи, необходимыми компонентами управления качеством здравоохранения являются систематическое использование данных для планирования, управления, измерения и изучения процесса принятия решений,

что позволяет идентифицировать большие объемы данных и использовать их с целью улучшения результатов.

Механизмы управления и контроля качества медицинских услуг не являются универсальными для всех стран и должны быть адаптированы к специфике общества. В этой связи в Грузии придерживаются методик, предложенных Европейским союзом, которые позволяют использовать стандартные методики управления и мониторинга качества предоставляемых медицинских услуг:

- индивидуальное решение проблемы - отличительной чертой этого подхода является отсутствие взаимозависимости в улучшении, которое может быть достигнуто одним человеком (в этом случае отдельным врачом, медицинской сестрой);

- быстрое решение проблем в команде - этот подход к улучшению делает акцент на достижении результатов как можно быстрее за счет исключения побочных задач;

- систематическое групповое решение проблем – это наиболее оптимальный подход, в котором задействован весь коллектив стационара.

Проблемы, возникшие за последнее время в системе здравоохранения Грузии, связанные с существенным ростом числа пациентов с COVID-19, нуждающихся в госпитализации, свидетельствуют, что несмотря на, казалось бы благоприятные показатели, положение дел с персоналом, который должен быть задействован в специализированных стационарах, неудовлетворительное (таблица 2).

Как свидетельствуют приведенные данные, сокращение среднего медицинского персонала и других работников, обеспечивающих функционирование стационара, на фоне выраженного роста численности врачей, безусловно тормозит осуществление мер, направленных на повышение качества сестринского обслуживания пациентов.

Следует учесть, что качество оказанной медицинской помощи во многом зависит от времени между обнаружением инфекции и поступлением больного на лечение, способов его транспортировки (что особенно важно, учитывая опасность дополнительных контактов с окружающими), отношения больного к своему здоровью, готовности сотрудничать с медицинским персоналом. Вышеизложенное зависит от социального статуса больного, его образования, возраста и пола, что необходимо учитывать в процессе деятельности специализированных стационаров, тем более, что клиническое течение COVID-19 имеет ряд характерных особенностей (таблица 3).

Таблица 1. Динамика изменения показателей нагрузки и оборота коечного фонда стационарных медицинских учреждений Грузии (2008-2018 гг.)

По данным 2018 г. число больниц и мед. центров - 271	Число коек	На 100.тыс. населения	Нагрузка койки (дни в году)	Среднее пребывание пациента на койке (дни)	Оборот койки (среднее число пациентов на койке в течение года)
2008	14069	365.6	192.0	3.0	26.2
2009	13633	357.4	148.2	6.3	23.4
2010	13378	353.3	160.0	6.4	25.2
2011	12599	335.4	173.6	7.0	24.8
2012	11348	304.3	228.9	7.0	32.7
2013	11600	312.0	181.4	5.4	33.6
2014	11675	313.9	188.3	5.2	36.3
2015	12830	344.4	193.3	5.3	36.4
2016	13840	371.3	189.3	5.0	37.8
2018	15084	404.6	180.5	5.2	35.0

Таблица 2. Динамика роста численности персонала (в том числе врачей) в стационарах Грузии

Год	Персонал, работающий в стационарных учреждениях	На каждые 100 тыс. населения	Врачи, работающие в стационарных учреждениях	На каждые 100 тыс. населения
2008	30164	783.8	7881	43.9
2009	30765	806.5	8137	43.8
2010	30994	818.5	8404	43.2
2011	28319	753.9	7942	40.7
2012	24042	644.7	7951	33.1
2013	25953	698.1	9385	36.2
2014	26982	725.4	9680	42.0
2015	30460	817.7	10699	50.2
2016	31391	842.1	11822	49.1
2017	35121	942.1	13126	52.1
2018	39514	1060.3	15543	52.6

Таблица 3. Динамика изменений состояния пациентов с COVID-19

Динамика процесса	Признаки
Начальные проявления в первые дни заболевания	Субплевральные участки уплотнения по типу «матового стекла» с консолидацией или без нее, с утолщением перегородок (симптом «бульжной мостовой») или без них; <ul style="list-style-type: none"> • Участки уплотнения по типу «матового стекла» округлой формы перибронхиального расположения, с консолидацией или без, с утолщением перегородок (симптом «бульжной мостовой») или без них; • Сочетание участков «матового стекла» и консолидации с симптомом «обратного ореола» и других признаков организуемой пневмонии; • расположение изменений двухстороннее, преимущественно периферическое
Положительная динамика изменений / стабилизация	Преобразование участков «матового стекла» в уплотнения по типу консолидации (нарастание плотности измененных участков легочной ткани) без видимого увеличения объема (протяженности) поражения легких; <ul style="list-style-type: none"> • Формирование картины организуемой пневмонии; • Уменьшение размеров уплотненных участков в легочной ткани
Отрицательная динамика изменений (прогрессирование)	Нарастание изменений: <ul style="list-style-type: none"> • Увеличение размеров (протяженность, объем) имевшихся участков уплотнения по типу «матового стекла»; • Появление новых участков «матового стекла»; • Слияние отдельных участков «матового стекла» в более крупные уплотнения вплоть до субтотального поражения легких; • Выраженность участков «матового стекла» по-прежнему значительно преобладает над консолидацией. Появление новых признаков других патологических процессов: • левожелудочковая недостаточность (гидростатический кардиогенный отек легких, двухсторонний плевральный выпот), • респираторный дистресс-синдром (отек легких) • бактериальная пневмония (новые локальные участки консолидации, левосторонний плевральный выпот) • абсцесс легкого и множественные септические эмболии
Картина респираторного дистресс-синдрома	Обычно наблюдается: <ul style="list-style-type: none"> • Двухсторонние субтотальные уплотнения легочной ткани по типу консолидации и «матового стекла» • Расположение в средних и верхних отделах легких • Вздутие базальных сегментов • Градиент уплотнений в зависимости от положения пациента (на спине, на животе) • Симптом воздушной бронхографии Не наблюдается (при отсутствии недостаточности кровообращения): <ul style="list-style-type: none"> • Линий Керли, перибронхиальных муфт • Расширения левых камер сердца, сосудистой ножки сердца • Жидкости в плевральных полостях • Уменьшение размеров участков консолидации и «матового стекла» (картины организуемой пневмонии)
Разрешение	<ul style="list-style-type: none"> • Длительность существования изменений в легких может существенно превышать сроки клинических проявлений инфекции • Наличие остаточных уплотнений в легочной ткани не влияет на длительность терапии инфекционного заболевания и не является показанием к ее продолжению в отсутствии клинических проявлений острого воспалительного процесса

Учитывая тот факт, что число пациентов с COVID-19 до последнего времени в сравнении с другими странами было небольшим, нами предложена схема осуществления экспертизы качества медицинской помощи, которая должна проводиться на I ступени заведующими отделениями, на II ступени – менеджером по клинической работе, на III ступени - медицинским советом учреждения.

Результаты экспертизы деятельности заведующих отделениями по коррекции диагноза и лечения по трем нозологиям показали, что предварительный диагноз был скорректирован в 59 (39,3%) случаях, в 12 (8,0%) не скорректирован ввиду атипичного течения болезни и необходимости проведения дополнительных методов исследования, в 4 (2,6%) случаях больные заведующими не были осмотрены.

Установлено, что клинические диагнозы нуждались в коррекции сопутствующих заболеваний и не скорректированы в 12 (8,0%) случаях, они не скорректированы и в заключительных диагнозах в 11 (7,3%) случаях.

III ступень экспертизы проводит целевую экспертизу качества медицинской помощи в случаях: поступление письменных жалоб застрахованного, его законного представителя и страхователя на качество медицинской помощи; необходимости подтверждения надлежащего объема и качества медицинской и лекарственной помощи по случаям, отобраным при медико-экономическом контроле; внутрибольничного инфицирования и осложнений.

Изучение мнения больных, получающих лечение, показало, что не удовлетворены работой заведующих отделениями 8,1±1,1 на 100 опрошенных, работой среднего медицинского персонала - 6,8±1,1, работой лечащих врачей - 5,7±0,9. Причинами неудовлетворенности явились отсутствие консультации зав. отделениями, поспешность в работе врачей, недостаточное внимание к больным. Не удовлетворены результатами 24,8 на 100 опрошенных, несвоевременность проведенных обследований отметили 18,0, недовольны осмотром лечащего врача - 19,0. На недостаточность медикаментозного обеспечения указали 24,4±2,5 на 100 опрошенных пациентов. Питание считают хорошим 70,8±2,6 пациентов, не удовлетворены санитарным состоянием около 10 из 100 опрошенных.

Выводы. 1. Качество лечебно-диагностического процесса характеризуется множеством количественных показателей. Формирование групп процессуальных индикаторов из числа вопросов оптимизирует принятие решений по устранению выявленных дефектов и объективизирует коллегиальное управление уровнем профессиональной деятельности медицинского учреждения.

2. Значимым аспектом мониторинга медицинской службы является многоуровневая система мониторинга, которая предполагает наличие системы мониторинга на разных уровнях управления медицинским учреждением.

3. Использование математической модели и метода квантификации для создания автоматизированной информационно-аналитической системы мониторинга качества медпомощи позволяет оценивать качественные признаки в количественном эквиваленте.

4. Автоматизированная система мониторинга качества медицинской помощи позволяет с помощью статистических методов формировать по конкретным параметрам (нозология, пол, возраст, тяжесть состояния) однородные группы больных и оценивать качество оказанной им помощи; осуществлять мониторинг и проведение сравни-

тельного анализа работы отдельных врачей, структурных подразделений, учреждения в целом.

5. Проведенный в динамике анализ качества медицинской помощи в стационарах выявил наличие значительного резерва для дальнейшего его совершенствования и улучшения. Наибольшее количество дефектов организации и технологии медицинской помощи отмечается в двух блоках: качество ведения медицинской документации и проведение диагностических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Al-Tawfiq J. A., Memish Z. A. Update on therapeutic options for Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) // Expert review of anti-infective therapy. 2017; 15(3): 269–275.
2. Canada.ca. 2019 novel coronavirus: Symptoms and treatment The official website of the Government of Canada URL: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019->
3. European Commission. Novel coronavirus 2019-nCoV URL: https://ec.europa.eu/health/coronavirus_en 21. FDA. Novel coronavirus (2019-nCoV)
4. Public Health England. Investigation and initial clinical management of possible cases of novel coronavirus (2019-nCoV) infection URL: <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-initial-investigation-of-possible-cases-of-investigation-and-initial-clinical-management-of-possible-cases-of-wuhan-novel-coronavirus-wn-cov-infection>
5. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain Trading as Royal Pharmaceutical Society. Wuhan novel coronavirus URL: <https://www.rpharms.com/resources/pharmacy-guides/wuhan-novel-coronavirus> 49.
6. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance for healthcare professionals on human infections with 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). URL: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>
7. Wu P. et al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020 //Eurosurveillance 2020; 25(3).
8. Zhang L, Liu Y. Potential Interventions for Novel Coronavirus in China. J Med Virol 2020. doi:10.1002/jmv.25707.
9. Abramowicz J.S., Basseal J. Заявление о позиции WFUMB: как безопасно проводить ультразвуковое исследование и обеззараживать ультразвуковое оборудование в условиях COVID-19 // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2020. № 1. С. 12–23.
10. Митьков В.В., Сафонов Д.В., Митькова М.Д., Алехин М.Н., Катрич А.Н., Кабин Ю.В., Ветшева Н.Н., Худорожкова Е.Д. Консенсусное заявление РАСУДМ об ультразвуковом исследовании легких в условиях COVID-19 (версия 1) // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2020; 1:24–45.
11. Open access epidemiological data from the COVID-19 outbreak. Lancet Infect Dis. 2020; 20: 534.
12. Estimation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) burden and potential for international dissemination of infection from Iran. Ann Intern Med. 2020; 172: 699-701
13. WHO. Emergencies preparedness, response: pneumonia of unknown cause. China. <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/> Date: Jan 5, 2020
14. WHO. Coronavirus disease (COVID-19): situation report—170. <https://www.who.int/docs/default-source/coro->

naviruse/situation-reports/20200708-covid-19-sitrep-170.pdf?sfvrsn=bca86036

SUMMARY

PROBLEMS OF MONITORING THE QUALITY OF HOSPITALS IN GEORGIA IN THE CONTEXT OF THE COVID 19 PANDEMIC (REVIEW)

¹Baratashvili Z., ¹Kazakhstanvili N., ²Gerzma O.

¹Tbilisi State University; ²Grigol Robakidze University, Tbilisi, Georgia

The purpose of the study - scientific justification, development and implementation of an automated information system for assessing the results of the examination of quality and technology of medical care in hospitals at the regional level.

Based on the developed unified expert map for assessing the quality and technology of medical care, a mathematical model is built and the quantification method is used to form a unified regional system for automated monitoring of the quality of medical care in hospitals. The use of this system of monitoring the quality of medical care allows using the statistical methods to manage the quality of care; to form homogeneous groups of patients according to specific parameters (nosology, gender, age, severity of condition, etc.) and evaluate the quality of the Health Care provided to them; monitor and conduct a comparative analysis of the quality health care in the work of individual doctors, structural divisions, and for institution as a whole, create a database of results carried out according to a unified.

The quality of the diagnostic and treatment process is characterized by many quantitative indicators. The formation of seven groups of process indicators from the number of questions included in the developed formalized expert map concentrates the attention of experts on the main logical stages of medical activity, optimizes decision-making on eliminating identified defects and objectifies collegial management of the level of professional activity of a medical institution.

Using a mathematical model and a quantification method to create an automated information-analytical system for monitoring the quality of medical care allows us to evaluate the qualitative features in quantitative terms. The unified technology for conducting examinations allows you to coordinate expert work at the intra-departmental and extra-departmental levels, carry out cross-expertise and determine the reliability of the examination.

The introduction of formalization in the work on examination of hospital quality and the use of an automated system for monitoring the quality of medical care, allows using statistical methods to generate specific ones. parameters (nosology, gender, age, severity of condition, etc.) are homogeneous groups of patients and assess the quality of care provided to them to monitor and conduct a comparative analysis of the work of individual doctors, structural divisions, the institution as a whole create a database of the results of the examinations carried out by a single technology in all medical institutions at the regional level.

A dynamic analysis of the quality of medical care in hospitals revealed the presence of a significant reserve for its further improvement. The greatest number of defects in the organization and technology of medical care is noted in two blocks: the quality of medical records and diagnostic measures.

Keywords: assessing medical care quality, automated information system for monitoring.

РЕЗЮМЕ

ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРОВ ГРУЗИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID 19 (ОБЗОР)

¹Бараташвили З.З., ¹Казахашвили Н.А., ²Герзмава О.Х.

¹Тбилисский государственный университет им. И. Джавახишвили; ²Университет им. Григола Робакидзе, Грузия

Целью исследования явилось изучение проблем продвижения мероприятий по улучшению качества стационарной помощи в условиях нарастающего темпа пандемии COVID 19 в Грузии.

На основе разработанной унифицированной экспертной карты по оценке качества и технологии оказания медицинской помощи (МП) построена математическая модель и использован метод квантификации для формирования единой региональной системы автоматизированного мониторинга уровня качества медицинской помощи (КМП), оказываемой в стационарах. Использование данной системы мониторинга качества медицинской помощи позволяет с использованием статистических методов осуществить управление КМП; формировать по конкретным параметрам (нозология, пол, возраст, тяжесть состояния) однородные группы больных и оценить качество оказанной им МП; осуществить мониторинг и проведение сравнительного анализа КМП в работе отдельных врачей, структурных подразделений, учреждения в целом.

Согласно данным исследования следует заключить, что качество лечебно-диагностического процесса характеризуется многими количественными показателями. Формирование семи групп процессуальных индикаторов из числа вопросов, входящих в разработанную формализованную экспертную карту, концентрирует внимание экспертов на основных логических этапах врачебной деятельности, оптимизирует принятие решений по устранению выявленных дефектов и объективизирует коллегиальное управление уровнем профессиональной деятельности медицинского учреждения.

Проведенный в динамике анализ КМП в стационарах выявил наличие значительного резерва для дальнейшего его совершенствования и улучшения. Наибольшее количество дефектов организации и технологии МП отмечается в двух блоках: качество ведения медицинской документации и проведение диагностических мероприятий.

რეზიუმე

საქართველოს სტაციონარული დაწესებულებების მუშაობის ხარისხის მონიტორინგის პრობლემები COVID 19 -ის პანდემიის პირობებში (მიმოხილვა)

¹ზ.ბარათაშვილი, ¹ნ.ყაზახაშვილი, ²ო.გერზმავა

¹თბილისის ი.ჯავახიშვილის სახ.სახელმწიფო უნივერსიტეტი; ²გრ.რობაკიძის სახ.უნივერსიტეტი

კვლევის მიზანი - სტაციონარული დაწესებულებების ხარისხის მონიტორინგის პრობლემების შესწავლა COVID 19-ის პანდემიის პირობებში.

ერთიან ექსპერტულ რუკაზე დაყრდნობით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და ტექნოლოგიის შესაფასებლად, შემუშავებულია მათემატიკური მოდელი. ერთიანი რეგიონული სისტემის სამედიცინო მომსახ-

ურების ხარისხის ავტომატური მონიტორინგისათვის სტაციონარებში გამოყენებულია რაოდენობრივი მეთოდი. ამ სისტემის გამოყენება საშუალებას იძლევა სტატისტიკური მეთოდების მეშვეობით შეფასდეს სამედიცინო მომსახურების და მართვის ხარისხი; შეიქმნას ინდივიდუალური ექიმების, სტრუქტურული განყოფილებების და მთლიან დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგის შედეგად მიღებული შედეგების მონაცემთა ბაზა; კონკრეტული პარამეტრების მიხედვით (ნოზოლოგია, სქესი, ასაკი, მდგომარეობის სიმძიმე) პაციენტთა ჰომოგენური ჯგუფების ჩამოყალიბდეს, აგრეთვე შეფასდეს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

ნაჩვენებია მართვის გაუმჯობესების მეთოდოლოგია, რომელიც გამოიყენება სხვადასხვა სიტუაციებში: პრობლემის ინდივიდუალური გადაწყვეტა; გუნდში პრობლემების სწრაფი გადაჭრა; პროცესის გაუმჯობესება.

ავტორებს გამოტანილი აქვთ შემდეგი დასკვნები:

1. დიაგნოსტიკური და მკურნალობის პროცესის ხარისხი ხასიათდება მრავალი რაოდენობრივი

მაჩვენებლით. პროცესის ინდიკატორების შვიდი ჯგუფის ფორმირება შემუშავებულია კვლევის რუკაში შეტანილი კითხვების რაოდენობიდან გამომდინარე, რომლებიც კვლევის ყურადღებას ამახვილებს სამედიცინო საქმიანობის ძირითად ლოგიკურ ეტაპებზე. ახდენს გადაწყვეტილების მიღების ოპტიმიზაციას ხარვეზების აღმოფხვრასთან დაკავშირებით, ობიექტურს ხდის სამედიცინო დაწესებულების პროფესიულ საქმიანობას.

2. მათემატიკური მოდელის და რაოდენობრივი მეთოდის გამოყენებით სამედიცინო დახმარების ხარისხის მონიტორინგის ავტომატური საინფორმაციო-ანალიტიკური სისტემის შექმნა საშუალებას იძლევა ხარისხობრივი მაჩვენებლები შეფასდეს რაოდენობრივი მაჩვენებლების ექვივალენტურად.

3. სამედიცინო დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დინამიკურმა ანალიზმა გამოავლინა მისი შემდგომი დახვეწის, გაუმჯობესების და სამედიცინო დოკუმენტაციის სამეცნიერო დასაბუთებული ავტომატიზირებული ინფორმაციის სისტემის შემუშავების და დანერგვის აუცილებლობა.

ПРАВОВОЙ РЕЖИМ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ В МЕЖДУНАРОДНОМ ЧАСТНОМ ПРАВЕ

¹Слипченко С.А., ¹Шишка А.Р., ²Булеца С.Б., ¹Шишка Н.В., ¹Слипченко А.С.

¹Харьковский национальный университет внутренних дел;

²Государственное высшее учебное заведение «Ужгородский национальный университет», Украина

На сегодняшний день вопросы, связанные с регулированием отношений донорства, привлекают все больше внимания специалистов международного права. Развитие и правовая значимость таких отношений обусловлены тем, что основной задачей их регламентации является снижение уровня смертности среди тяжелобольных людей и обеспечение реализации естественного права человека на жизнь и охрану здоровья. Причем реализация по спасению жизни, восстановлению или улучшению состояния здоровья одного человека (реципиента) может быть достигнута в определенных случаях лишь за счет органов другого лица (даже умершего).

Несмотря на то, что жизнь и здоровье каждого человека является одной из главных ценностей всего мирового сообщества, перед юриспруденцией стоит задача выработать определенные стандарты правового регулирования тех или иных отношений в сфере медицины (донорства). Это привело к формированию единого международно-правового массива (создать единое правовое поле¹), но и созданию ориентиров при формировании и реформировании внутреннего законодательства для тех стран, которые развиваются в направлении универсализации к единому правовому полю.

¹Более детально об этом здесь: Slipchenko S.A., Shishka A. R. Posthumous organ donation: at the way of creation of a national legal approach. Journal of the National Academy of Legal Sciences of Ukraine / editorial board: O. Petryshyn et al. Kharkiv : Pravo, 2018. Vol. 25, № 4. С. 119–133; Слипченко С. А., Шишка А. Р., Булеца С. Б., Синегубов О. В., Грынько Р. В. Состояние международного правового регулирования посмертного донорства: на пути к унификации (обзор) // Georgian Medical News; October 2018, Vol. 283 Issue 10, p. 175–179.

Одним из таких вопросов является определение правового режима донорских органов, что составляет предмет и цель этого научного поиска.

Необходимо отметить, что особый интерес к предмету данного исследования проявляли ученые разных периодов развития цивилистической или иной отраслевой мысли. В частности, указанной проблематикой занимались: Э.М. Алсинбаева [1], Г.В. Аникина [2], Я. Броун [3], М. С. Брюховецкая [4], С. Б. Булеца [5; 6], Т. Вуу [7], А. А. Герц [8], И. И. Горелик [9], А. Джорж [10], Д. С. Донцов [11; 12], Е. Ф. Евсеев [13], Д. П. Кобяков [14], Т. Г. Кудашова [15], Л. И. Кулицкая [16], П. Луков [17], Р. А. Майданик [18], М. Н. Малейна [19-21], Н. А. Маргацкая [22], А. Минталова [23], Р. Нвабуиз [24], А. Г. Пелагеша [25], М. Д. Прилуков [26], И. Р. Пташник [27], Р. Рао [28], И. Я. Сеньюта [29], В. М. Скрипник [30], С. А. Слипченко [31-33], Е. Н. Степанова [34], Р. А. Стефанчук [35], Р. Хардкастл [36], А. Р. Шишка [33,37].

Несмотря на большой интерес к этой тематике, до сих пор вопрос о правовом режиме органов человеческого тела, как и тела в целом, остается дискуссионным. Так, не обращая внимания на высказанную в юридической литературе точку зрения, что их судьба сегодня определяется специальным законодательством, не относящимся к сфере частного права, а представляющим собой совокупность норм административного права (например, определение места захоронения, установление санитарных норм) и уголовного права (например, установление за надругательство над телами и местами захоронения) [38], необходимо отметить, что органы и тело умершего человека являются объектом именно частного