

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова
Факультет економіки моря

Кафедра менеджменту



«Допущена до захисту»
В. о. завідувача кафедри
_____ І.В. Сіренко
« ___ » _____ 2022 р.

Кваліфікаційна робота

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
на тему: Вдосконалення управління якістю в сфері охорони здоров'я

Виконав: студент 6435мз групи
_____ Легка О. В.
(підпис)

Керівник роботи:
_____ К.е.н., доцент
(посада, науковий ступень вчене звання)

_____ Сергійчук С.І.
(підпис)

Миколаїв – 2022 року

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова
Факультет економіки моря

Кафедра менеджменту

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Освітня програма «Менеджмент організацій і адміністрування»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Гарант освітньої програми

_____ Є. О. Бойко
(підпис)

«___» _____ 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Студенту _____ Легка Олена Вікторівна _____
(прізвище, ім'я по батькові)

1. Тема роботи Вдосконалення управління якістю в сфері охорони здоров'я

Керівник роботи _____ к.е.н., доцент Сергійчук Сергій Ілліч, _____

Затверджені наказом ректора № 1058уч від «21» листопада 2022 року

2. Термін подання роботи: 19 грудня 2022 р.

3. Вихідні дані по роботі: матеріали практик, навчальні, наукові видання, публікації в періодичній літературі та Інтернет, власні дослідження автора, звітність підприємств

4. Перелік питань, що належать до розробки (найменування розділів) розглянути теоретичні основи і методичні аспекти управління якістю в сфері охорони здоров'я; провести аналіз системи управління якістю в сфері охорони здоров'я; запропонувати напрямки удосконалювання системи управління якістю в сфері охорони здоров'я, оцінити стан охорони праці на підприємстві

5. Перелік презентаційних матеріалів система управління якістю надання медичних послуг; структура активу балансу; основні заходи із забезпечення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Миколаївської області; відсоток та сума ВВП витрачена на охорону здоров'я в 2021 р.; модель системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту; узагальнена методика розрахунку якості надання медичних послуг.

6. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4.Охорона праці	Мозговий А.М., доцент кафедри		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів роботи	Терміни виконання етапів роботи	Примітка
1	Визначення наукового керівника роботи	04.09.2022	
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	04.09.2022	
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	04.09.2022	
4	Затвердження теми роботи	04.09.2022	
5	Проведення досліджень	11.11.2022	
6	Опрацювання та викладення результатів досліджень	15.11.2022	
7	Оформлення кваліфікаційної роботи	16.12.2022	
8	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, презентаційного матеріалу на попередній захист	19.12.2022	
9	Подання роботи рецензенту та отримання рецензії	19.12.2022	
10	Захист роботи перед атестаційною комісією	За графіком	

Студент _____
(підпис) (прізвище, ініціали)

Керівник роботи _____

АНОТАЦІЯ

Легка О. В. "Вдосконалення управління якістю в сфері охорони здоров'я"

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю 073 «Менеджмент» – Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2022.

Кваліфікаційна робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів вдосконалення інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я. У роботі розглянуто сутність і зміст управління якістю медичних послуг, основи стандартизації та структура системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. Проведено аналіз системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Миколаївської області та проведено оцінку системи управління якістю первинної медичної допомоги. Запропоновано модель системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту, яка складається з нормативно-правового забезпечення управління якістю медичної допомоги і середовища забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я і цикл аудиту, також визначає базові положення процесів управління якістю та умови ефективного управління якістю медичних послуг і дієвість внутрішнього аудиту, що сприятиме підвищенню ефективності прийняття і реалізації управлінських рішень для забезпечення безперервного покращення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Розроблено науково-методичний підхід щодо поліпшення якості медичних послуг на основі математичної моделі з урахуванням найбільш значущих критеріїв та визначенням їхньої ваги в загальній оцінці, що дасть змогу лікувальним закладам на підставі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг.

Ключові слова: якість медичних послуг, системи охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, стандартизація медицини, аудит якості медицини.

АННОТАЦИЯ

Легкая О. В. "Совершенствование управления качеством в сфере здравоохранения"

Квалификационная работа на соискание образовательно-квалификационного уровня магистр по специальности 073 "Менеджмент" – Национальный университет кораблестроения имени адмирала Макарова, Николаев, 2022.

Квалификационная работа посвящена актуальным проблемам теоретических, методических и практических аспектов усовершенствования инновационной деятельности в сфере здравоохранения. В работе рассмотрены сущность и содержание управления качеством медицинских услуг, основы стандартизации и структура системы менеджмента качества в учреждениях здравоохранения. Проведен анализ системы контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Николаевской области и проведена оценка системы управления качеством первичной медицинской помощи. Предложена модель системы управления качеством медицинской помощи на основе внутреннего аудита, которая состоит из нормативно-правового обеспечения управления качеством медицинской помощи и среды обеспечения качества медицинской помощи в учреждении здравоохранения и цикл аудита, также определяет базовые положения процессов управления качеством и условия эффективного управления качеством медицинских услуг и действенность внутреннего аудита, что будет способствовать повышению эффективности принятия и реализации управленческих решений для обеспечения непрерывного улучшения качества медицинской помощи в здравоохранении. Разработан научно-методический подход по улучшению качества медицинских услуг на основе математической модели с учетом наиболее значимых критериев и определением их веса в общей оценке, что позволит лечебным учреждениям на основании отлаженной обратной связи с пациентами рассчитать диапазон качества предоставленных медицинских услуг.

Ключевые слова: качество медицинских услуг, системы здравоохранения, учреждения здравоохранения, стандартизация медицины, аудит качества медицины.

ANNOTATION

Legka O. V. "Improvement of quality management in health care"

Qualification work for obtaining the educational and qualification level of master in the specialty 073 "Management" – Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Mykolaiv, 2022.

Qualification work is devoted to topical issues of theoretical, methodological and practical aspects of improving innovation in health care. The work considers the essence and content of quality management of medical services, the basics of standardization and the structure of the quality management system in health care institutions. The analysis of the system of quality control of medical care in health care institutions of Mykolaiv region was carried out and the quality management system of primary health care was evaluated. The model of health care quality management system based on internal audit, which consists of regulatory and legal support for health care quality management and the environment of health care quality assurance in the health care institution and the audit cycle, also defines the basic provisions of quality management processes and conditions for effective quality management of medical services and the effectiveness of internal audit, which will help to increase the efficiency of making and implementing management decisions to ensure continuous improvement. A scientific and methodological approach to improving the quality of health care services based on a mathematical model, taking into account the most important criteria and determining their weight in the overall assessment, has been developed, which will allow medical institutions to calculate the range of quality of medical services provided on the basis of established feedback from patients.

Keywords: quality of medical services, health care systems, health care institutions, standardization of medicine, quality audit of medicine.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	12
1.1. Сутність і зміст управління якістю медичних послуг	12
1.2. Стандартизація системи управління якістю в закладах охорони здоров'я.....	23
1.3. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я.....	30
Висновок до першого розділу	34
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	36
2.1. Аналіз системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Миколаївської області	36
2.2. Оцінка системи управління якістю первинної медичної допомоги	45
Висновки до другого розділу.....	57
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	58
3.1. Вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту	58
3.2. Рекомендації щодо поліпшення оцінки якості медичних послуг.....	68
Висновок до третього розділу	77
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	79
4.1. Основні відомості про охорону праці.....	79
4.2. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в приміщенні виробничого цеху	81
4.3. Розрахунок системи штучного освітлення в виробничому приміщенні консалтингової фірми.....	90
ВИСНОВКИ.....	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	97

ВСТУП

Актуальність теми. Підтримка та відновлення здоров'я громадян визначені статтею 3 Конституції України як загальнодержавний пріоритет. При цьому міжнародні стратегії збереження здоров'я та відповідні вітчизняні тенденції вже понад 20 років спрямовані не лише на надання медичної допомоги населенню, а й на задоволення потреб суспільства щодо її якості. Незважаючи на певні зусилля державних, галузевих та громадських установ, якість медичної допомоги залишається актуальною проблемою як для сфери охорони здоров'я, зокрема закладів охорони здоров'я – надавачів медичних послуг, так і для громадян України як споживачів цих послуг. послуги.

Проблемам корпоративного управління та його сутності присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців: Безродна С. М., Степурко Т. Г., Білинська М. М., Дуб Л. Р., Заков О. Л., Надюк З. О., Сергійчук С.І., Хімичева Г. І. та ін. Разом з тим, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання вдосконалення управління якістю в сфері охорони здоров'я залишаються актуальними, адже на сьогодні практичних, результативних кроків щодо їхнього втілення вкрай мало. Причиною цього, на нашу думку, є відсутність єдиної державної стратегії подальшого розвитку управління якістю в сфері охорони здоров'я і наукових досліджень впливу зовнішніх та внутрішніх змін на її діяльність.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана за планами науково-дослідної роботи кафедри Менеджменту Факультету економіки моря НУК (тема: «Управління бізнес-процесами в умовах розвитку цифрової економіки та суспільства»).

Мета і задачі дослідження. Актуальність теми дозволила визначити мету дослідження: формування науково обґрунтованих рекомендацій та пропозицій щодо вдосконалення організаційно-методичного забезпечення управління якістю в сфері охорони здоров'я.

Для досягнення цієї мети були поставлені та розв'язані наступні завдання:

- досліджено сутність і зміст управління якістю медичних послуг;
- розглянуто стандартизацію системи управління якістю в закладах охорони здоров'я;
- представлено систему управління якістю у сфері охорони здоров'я;
- проведено оцінку системи управління якістю первинної медичної допомоги;
- вдосконалено систему управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту;
- розроблено рекомендації щодо поліпшення оцінки якості медичних послуг.

Об'єктом дослідження є процес розвитку системи управління якістю в сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів розвитку системи управління якістю в сфері охорони здоров'я.

Теоретико-методологічною основою магістерської роботи є наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених. Як науковий інструментарій при проведенні дослідження використовувалися методи математичного, системного і статистичного аналізу, теорії оптимізації, економіко-математичного моделювання і абстрактно-логічного дослідження.

Методи дослідження. проведене дослідження в роботі спирається на наукові концепції та теоретичні досягнення вітчизняних вчених. У роботі застосовано цілий ряд спеціальних методів, які дозволяють одержати кількісну оцінку окремих аспектів системи медичного страхування та страхової медицини в Україні: діалектичний метод пізнання – при визначенні сутності і змісту управління якістю медичних послуг; економіко-логічні методи пізнання – у процесі систематизації та узагальнення системи управління якістю у сфері охорони здоров'я, метод аналізу і синтезу, порівняння, моделювання – в процесі аналізу системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Миколаївської області; метод

факторного аналізу – під час оцінки системи управління якістю первинної медичної допомоги.

Наочне відображення динаміки показників розвитку об'єкта дослідження здійснювалось з використанням методу графічного зображення і табличного відображення результатів дослідження. Для проведення комплексного аналізу застосовувались методи комп'ютерної обробки, аналізу та відображення інформації за допомогою програм Microsoft Excel.

Інформаційною базою досліджень є законодавчі акти України, нормативно-правові акти, сучасні теорії управління підприємством, наукові концепції, періодичні публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, спеціальна економічна література, періодичні видання, дані Державного комітету статистики, статистичні дані закладів охорони здоров'я, тощо.

Наукова новизна одержаних результатів. Найважливішими результатами, що містять наукову новизну, є:

удосконалено:

– модель системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту, яка складається з нормативно-правового забезпечення управління якістю медичної допомоги і середовища забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я і цикл аудиту, також визначає базові положення процесів управління якістю та умови ефективного управління якістю медичних послуг і дієвість внутрішнього аудиту, що сприятиме підвищенню ефективності прийняття і реалізації управлінських рішень для забезпечення безперервного покращення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;

набули подальшого розвитку:

– науково-методичний підхід щодо поліпшення якості медичних послуг на основі математичної моделі з урахуванням найбільш значущих критеріїв (професійні, доступності медичних послуг, обслуговування, комунікативності, престижності лікувального закладу) та визначенням їхньої ваги в загальній оцінці, що дасть змогу лікувальним закладам на підставі

налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при удосконаленні організаційного та методичного забезпечення вдосконалення системи управління якістю в сфері охорони здоров'я. Найбільшу практичну цінність мають модель системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту та схема інноваційні напрями у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я.

Особистий внесок здобувача. У магістерській роботі сформульовані та обґрунтовані наукові положення, розробки, висновки і рекомендації отримано самостійно на основі проведеного дослідження практичних аспектів розвитку системи управління якістю в сфері охорони здоров'я в Україні. Аналітична частина роботи виконана на основі обробки статистичних даних діяльності закладів охорони здоров'я в Україні.

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 106 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (78 найменування), 6 таблиць, 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність і зміст управління якістю медичних послуг

Проблема стратегічного управління якістю медичних послуг зараз дуже гостро стоїть в умовах вітчизняної системи охорони здоров'я у зв'язку з реформуванням галузі охорони здоров'я, а також пандемією COVID-19. Якість медичних послуг є дуже складним багатогранним поняттям, в управлінні яким необхідною умовою є врахування багатьох факторів, що в свою чергу вимагає стратегічного управління.

У теорії простежується декілька підходів до оцінки якості послуг у національному середовищі:

По-перше, якість розглядається як характеристика домінуючої властивості, яка найбільш повно характеризує відповідну послугу та висвітлює її безумовну потребу в суспільстві, тоді як інші властивості не враховуються. Слід зазначити, що для галузі охорони здоров'я твердження якості за домінуючою властивістю може бути застосоване досить обмежено, оскільки споживачів медичних послуг цікавить багатоваріантна кількість корисних властивостей.

По-друге, якість – це рівень досягнення багатоваріантних властивостей або характеристик, відображених у нормативних документах. Наприклад, в охороні здоров'я медичні послуги досліджуються з точки зору їх відповідності встановленим стандартам і споживчої якості.

По-третє, оцінка якості послуг здійснюється через парадигму та її зв'язок з економічними показниками. Наприклад, якість медичних послуг оцінюється з точки зору витрачених ресурсів.

У європейських країнах підвищення безпеки медичних послуг, зниження витрат на їх надання та підвищення задоволеності в суспільстві від наданих послуг у сфері охорони здоров'я забезпечується системою управління якістю медичних послуг.

У всьому світі за управління якістю в медичній сфері відповідає Всесвітня організація охорони здоров'я. Ця міжнародна інституція досліджує та регулює питання охорони здоров'я в глобальному масштабі та приділяє значну увагу пріоритетам соціально-економічної політики шляхом прийняття хартії, декларації, розробки відповідних стандартів, методичних рекомендацій, модельного законодавства та інших інструментів регулювання у сфері охорони здоров'я. охорона здоров'я.

Основним документом, який формує інституційну основу управління охороною здоров'я в європейських країнах, є Талліннська хартія 2008 року.

Талліннська хартія визначила:

- загальні принципи побудови системи охорони здоров'я в глобальному просторі;
- запропоновано рекомендації щодо побудови ефективної системи охорони здоров'я у відповідному національному середовищі;
- джерела фінансування ефективної системи охорони здоров'я у відповідному національному середовищі;
- детермінанти прав споживачів системи охорони здоров'я у відповідному національному середовищі;
- ресурсне забезпечення системи охорони здоров'я;
- стратегічні пріоритети та управління національними системами охорони здоров'я.

Соціально-економічні основи системи охорони здоров'я в національних умовах регулюються Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ зі змінами та доповненнями [2].

Основні фундаментальні підходи цільової ефективності соціально-економічної системи у сфері охорони здоров'я мають ґрунтуватися на таких принципах:

- інноваційна діяльність у сфері охорони здоров'я;
- інноваційні технології, пов'язані з медичною сферою;
- політичні та соціально-економічні процеси в національному просторі;

- активізація інтеграційних процесів на національному, регіональному та міжнародному рівнях;
- організаційно-функціональні рішення в системі охорони здоров'я;
- регіональний розвиток сегментів медичної сфери;
- коливання цін на ринку медичних послуг;
- інвестиційна складова в медичній сфері.

Таким чином, якість в охороні здоров'я – це сукупність багатоваріантних властивостей і характеристик медичних послуг, що визначають їх здатність задовольняти встановлені або передбачувані вимоги споживачів у медичній сфері.

Об'єктивність цього визначення та його достовірність забезпечується прагматичною соціально-економічною орієнтацією на використання в практиці оцінки певного набору властивостей медичної послуги, які можуть бути оцінені експертним методом з обов'язковим обґрунтуванням.

Характеристика якості медичних послуг, що відображає здатність задовольнити потреби споживача та його очікування, повинна оцінюватися за допомогою взаємодоповнюючих компонентів: задоволеності споживача процесом надання медичної послуги та задоволеності споживача результатом надання медичної послуги. Наприклад, в процесі ультразвукового дослідження процес надання медичних послуг знаходиться на високому рівні і відповідає сучасним вимогам або стандартам, але результат може бути недостовірним, необґрунтованим, з певним ризиком недостовірності, і навпаки, результат може бути надійним, але процес надання послуг незадовільним. .

Таким чином, задоволеність споживача процесом надання медичних послуг визначається на основі оцінки споживачем надання медичних послуг. Медична послуга – це тарифікований комплекс діагностичних, профілактичних, лікувальних та інших заходів, що здійснюються відповідно до встановлених правил (протоколів), за певною технологією або алгоритмом

з метою отримання та подальшого споживання відповідних результатів, що задовольняють споживача медичних послуг. послуги.

Медична послуга (послуга з медичного обслуговування населення) – послуга, яка надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, зареєстрованою та ліцензованою в установленому порядку на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. [2].

Замовником медичних послуг може бути:

державні установи;

Органи місцевого самоврядування (територіальні громади);

Юридичні та фізичні особи;

міжнародні організації

З метою визначення ступеня задоволеності споживача медичними послугами проводиться анкетування та бальна оцінка. У процесі оцінювання визначається задоволеність споживачів процесом надання медичних послуг та задоволеність споживачів результатом надання медичних послуг.

Інноваційна спрямованість та інтенсивний розвиток процесів стандартизації в охороні здоров'я забезпечили розуміння якості медичних послуг з позиції їх відповідності стандартам.

Стандарт – це заснований на консенсусі нормативний документ, прийнятий визнаним органом, який встановлює для загального та багаторазового використання правила, параметри чи характеристики діяльності чи її результатів і спрямований на досягнення оптимального ступеня впорядкованості в певній сфері [8].

Довгий час вважалося, що стандартизація є прерогативою виробничих галузей народного господарства, але вона охоплює ширше коло об'єктів, включаючи економічні та соціально-економічні відносини. Стандартизація взаємопов'язана з економікою, в кінцевому підсумку показуючи ефективність використання ресурсів.

Стандартизація має й інший аспект, який виділяється у створенні системи управління якістю на всіх етапах господарської діяльності.

Стандартизація забезпечує оптимальний ступінь упорядкованості в окремому сегменті національної економіки за допомогою встановлених принципів і правил загального і багаторазового використання реальних або потенційних завдань.

Стандартизація в галузі охорони здоров'я є сегментом розвитку загальнодержавної системи стандартизації в країні. Основні правила, принципи, функції, міжгалузеві норми, положення, протоколи і стандарти розробляються в рамках державної інституційної системи стандартизації у вигляді державних стандартів, національних класифікаторів, протоколів тощо. Внутрішньогалузеві аспекти стандартизації утворюють цілісну систему стандартизації у сфері охорони здоров'я країни.

Базовою структурою в системі державного регулювання розробки документів медико-технологічної стандартизації медичних послуг, у тому числі фармацевтичної допомоги та фармаконагляду, є Державний експертний центр МОЗ України.

Внутрішньогалузева стандартизація у сфері охорони здоров'я має актуальні особливості, оскільки споживач медичних послуг не має повної можливості оцінити параметри якості медичної допомоги [62].

Зауважимо, що якість медичних послуг не можна оцінювати лише за критерієм задоволення очікувань споживачів, тому між суб'єктом надання медичних послуг та їх споживачем має бути незалежний експерт, який професійно та обґрунтовано оцінює якість медичних послуг. надані послуги. Таким чином, система стандартизації в охороні здоров'я є важливим сегментом забезпечення якості медичних послуг.

Наказ МОЗ України № 752 від 28.09.2012 МОЗ України розроблено Порядок контролю якості медичної допомоги.

Відповідно до цього наказу, якість медичних послуг – це надання медичних послуг або інша діяльність, що забезпечує надання медичної

допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я. Оцінка якості медичних послуг визначається їх відповідністю встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я країни. Система управління якістю надання медичних послуг представлена на рис. 1.1.

Оцінка якості надання медичних послуг – комплексне постійне дослідження позитивних і негативних факторів процесу надання медичних послуг, які можуть вплинути на результати надання медичних послуг.

Метою оцінки якості надання медичних послуг є надання суб'єктам медичної сфери інформації про задоволеність, ефективність, потреби та потреби населення країни та її контрагентів на ринку медичних послуг [22].

Контроль якості надання медичних послуг здійснюється за сегментами, відображеними на рис. 1.1. Таким чином, забезпечення якісних медичних послуг, включаючи діагностичні, профілактичні та лікувальні заходи, спрямовані на збереження та покращення стану здоров'я в національному суспільстві.

Засновником дослідження якості медичної допомоги та результатів медичних послуг є дипломований лікар Гарвардського університету Аведіс Донабедян, який запропонував донабедіанську модель догляду.

Таким чином, оцінка якості в охороні здоров'я дотримується тріади Донабеда:

- оцінка структури та ресурсів;
- оцінка процесу надання медичної допомоги та технології;
- оцінка ефектів і результатів надання медичної допомоги/



Рис. 1.1. Система управління якістю надання медичних послуг

Тріада Донабеда визначає три глобальні сфери стандартизації в охороні здоров'я:

Розробка національних стандартів структури та ресурсів медичної галузі;

– розроблення стандартів процесу надання медичних послуг та використання інноваційних медичних технологій;

– розробка стандартів оцінки ефектів і результатів медичних послуг.

– стандартизація у сфері охорони здоров'я має враховувати сім вимірів якості медичних послуг:

– безпека медичних послуг;

– медична ефективність;

– своєчасність;

– орієнтація на споживача;

– загальнодоступність медичних послуг;

– соціально-економічна ефективність;

– забезпечення довголіття населення.

Основні якості медичних послуг:

– адекватне фінансове та ресурсне забезпечення;

– висвітлення негативних сторін якості медичних послуг;

– висвітлення позитивних сторін або успіхів у наданні медичних послуг;

– постійний та неупереджений збір аналітичної інформації про надання медичних послуг;

– національні стандарти та засновані на доказах протоколи (параметри) для високої якості, соціальної та економічної ефективності;

– постійний безперервний моніторинг, діагностика та аналіз результатів надання медичних послуг;

– постійне коригування процесу надання медичних послуг через ефективні механізми та стратегії лікування, діагностики чи профілактики;

- комплексне вимірювання впливу технологічних змін;
- підтримка інноваційних підходів у наданні медичних послуг;
- використання кращих світових практик у системі надання медичних послуг.

Зауважимо, що суб'єкти, залучені до процесу надання медичних послуг, мають забезпечити механізм підтримки системи якості, який має бути адаптований до їх господарської діяльності. Але внутрішньогосподарська система якості послуг суб'єкта медичної сфери має бути прозорою, а інформаційно-аналітичні потоки мають забезпечувати відкритість та внутрішню прозорість процесів надання медичних послуг та отриманих результатів для всіх зацікавлених сторін, а також для всієї держави, регіональні та громадські установи, чії функціональні обов'язки покладаються повноваження з регулювання, управління чи контролю у сфері охорони здоров'я. Слід також пам'ятати, що суб'єкти фінансування медичної сфери національної економіки мають комплексно сприяти підвищенню якості медичних послуг [19].

Отже, процес удосконалення системи управління якістю у сфері охорони здоров'я слід розглядати в аспектах стратегічного управління медичною сферою.

При дослідженні якості медичних послуг необхідно враховувати їх відповідність стандартам, встановленим на певний період, очікуванням і потребам споживачів.

в національному середовищі стандартизація виконує такі основні функції:

економічна – залежність результатів надання медичних послуг від використання різних факторів і конкретних видів ресурсів і регламентується відповідними нормативно-правовими документами;

соціальні – включення до стандарту показників якості об'єкта стандартизації, що сприяють підвищенню якості медичних послуг з урахуванням інноваційного аспекту розвитку науки і техніки;

комунікативна – досягнення синергії в медичній сфері шляхом обміну інформацією, яка має стандартизовану форму, застосування стандартних термінів, протоколів діагностики, лікування чи профілактики, уніфікованих правил діяльності;

економічна – сприяє ефективному використанню фінансового, матеріального та людського капіталу в процесі надання медичних послуг.

Таким чином, стандартизація виступає основною складовою якості медичних послуг, і без стандартів неможливо не тільки покращити, але навіть оцінити якість наданих медичних послуг.

Стандарти в охороні здоров'я – це нормативно-технічна документація, яка встановлює сукупність принципів, норм, вимог, завдань і підходів до об'єкта стандартизації та затверджується державною установою, що має відповідну компетенцію.

Стандарти в галузі медицини можна класифікувати за такими критеріями:

- обов'язкове дотримання;
- послідовність застосування,
- вид об'єкта стандартизації.

Відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» державні соціальні стандарти – це встановлені законами, іншими нормативно-правовими актами або їх комплекс соціальні норми та нормативи, на основі яких визначаються рівні основних державних соціальних гарантій. визначається. [10]

Соціальні норми та стандарти є показниками надання медичних послуг членам суспільства.

Національні соціальні нормативи у сфері національної охорони здоров'я визначають базовий пакет медичних послуг та сегментне забезпечення, які мають надаватися членам суспільства безоплатно. Соціальні норми зобов'язують державні чи регіональні установи, територіальні громади

надавати та фінансувати певні медичні послуги та відповідне постачання громадянам країни[75].

Основними інструментами управління якістю медичних послуг є: ліцензування; атестація; атестація; КОНТРОЛЬ; контролінг, стандартизація; акредитація тощо.

Розглядаючи управління якістю медичних послуг як комплексну систему, неминуче виділити відповідні аспекти:

Аналіз та оцінка основних факторів, що впливають на якість надання медичних послуг;

- інтерпретація кореляційних залежностей;
- результатна ознака процесу надання медичних послуг;
- планування та прогнозування процесу надання медичних послуг;
- процес прийняття стратегічних рішень.

Окремі елементи системи управління якістю медичних послуг у змодельованому стратегічному управлінні виконують роль змінних і наповнюються великою кількістю інформації, що характеризує процес надання та виконання медичних послуг.

Таким чином, застосування інструментів, заходів та статистичних методів для вимірювання та прогнозування якості медичних послуг забезпечить систему стратегічного управління у сфері охорони здоров'я.

Ефективне стратегічне управління якістю медичних послуг вимагає своєчасної, об'єктивної, неупередженої та обґрунтованої інформації про зміни, що відбуваються в процесі надання медичних послуг, що підтверджує доцільність використання інструменту системи стратегічного управління в охороні здоров'я – моніторингу якості медичної допомоги. послуги [25].

Моніторинг в управлінні процесами надання медичних послуг забезпечує необхідну інформаційну систему, яка сприяє прийняттю ефективних стратегічних управлінських рішень у медичній сфері.

Роль і значення моніторингу системи управління якістю медичних послуг в сучасних умовах менеджери розглядають як систему контролю за

стандартизованими та реально досягнутими результатами процесу надання медичних послуг. Отже, необхідність моніторингу процесу надання медичних послуг визначається системою стратегічного управління медичними закладами, а орієнтація на певні соціально-економічні цілі та відповідні інтереси визначає значимість і напрями моніторингу.

Моніторинг в управлінні процесами надання медичних послуг – інструмент системи стратегічного управління, який забезпечує процес ідентифікації, виділення, вимірювання, спостереження, оцінки та контролю результатів, отриманих від надання медичних послуг, з метою передачі інформації про аспекти функціонування суб'єкта медичної сфери зацікавленим сторонам (стейкхолдерам) для прийняття відповідних рішень.

Поняття оцінки та моніторингу процесу якості надання медичних послуг системно взаємопов'язані, оскільки оцінка будується в інтересах моніторингу, а моніторинг ґрунтується на оцінках якості для різних часових або об'єктних випадків.

Планування або прогнозування якості процесу надання медичних послуг орієнтується на розробку системи забезпечення запланованих результатів.

1.2. Стандартизація системи управління якістю в закладах охорони здоров'я

Незважаючи на певні зусилля державних, галузевих та громадських установ, якість медичної допомоги залишається актуальною проблемою як для галузі охорони здоров'я, зокрема закладів охорони здоров'я – надавачів медичних послуг, так і для громадян України як споживачів цих послуг [66]. Проблема вирішується, зокрема, розробкою регуляторних механізмів забезпечення якості, одним із яких є сертифікація системи управління якістю медичної допомоги на відповідність національному стандарту ДСТУ 130 серії 9000 [63]. Наявність сертифікованої системи управління якістю свідчить про здатність закладу охорони здоров'я надавати медичні послуги вищого рівня якості, ніж при дотриманні ліцензійних вимог, та постійно підвищувати якість надання медичної допомоги пацієнтам.

За даними МОЗ України, у 2018 році системи управління якістю сертифікували 129 закладів охорони здоров'я (35 – державної, 48 – комунальної та 46 – приватної форм власності), а у 2017 році – 95 (26 – державних, 30 – комунальної, 39 – приватної форми власності), у 2016 р. – 18 (по 6 закладів кожної форми власності) [36]. Зважаючи на те, що в Україні налічується понад 3,5 тис. закладів охорони здоров'я, можна зробити висновок, що наведений механізм регулювання якості медичної допомоги в Україні недостатньо поширений.

Важливо також, що до певного часу існували державні механізми мотивації до сертифікації, а саме наявність сертифіката відповідності системи управління якістю вимогам національного стандарту ДСТУ 130 серії 9000 була обов'язковою для отримання вищої акредитаційної категорії. закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу [57]. Постановою Кабінету Міністрів від 13 березня 2019 р. № 215 проходження акредитації для закладів охорони здоров'я з 01.01.2019 р. стало добровільним [58]. Це відповідає міжнародним підходам до використання стандартів, сертифікації та акредитації закладів охорони здоров'я; водночас сертифікація організацій у світі набула статусу одного з важливих механізмів забезпечення якості та стала нормою у відносинах між постачальниками та споживачами продукції/послуг будь-якого виду. Дотримання цього підходу визнається дослідниками стратегічною передумовою входження України до Європейського економічного співтовариства [16].

Проте в нашій країні в умовах добровільної акредитації, слабкого розвитку ринку та культури взаємовідносин між замовниками та постачальниками медичних послуг цілком можливе зниження або повна втрата інтересу керівників медичних закладів до сертифікації їх систем менеджменту. Водночас використання стандартів для систем управління якістю дозволяє керівникам керувати системою не на власний розсуд, покладаючись лише на власні знання та досвід та/або поради інших, а

застосовуючи такий сучасний і складний інструмент, як стандарт управлінської діяльності.

На сьогоднішній день існує спеціальний міжнародний стандарт для охорони здоров'я – «EN 15224:2016 (версія en) Системи управління якістю – EN ISO 9001:2015 для охорони здоров'я». З 01.01.2020 в Україні набуває чинності його вітчизняний аналог ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT). Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я». [61].

Отже, найближчим часом керівники закладів охорони здоров'я отримають медичний стандарт щодо побудови та підтримки системи управління якістю у підпорядкованому закладі. Перед використанням цього стандарту необхідно провести системний аналіз його вимог і зрозуміти, чим відрізняється від універсального стандарту «ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги», в чому була актуальність цього дослідження.

Результати контент-аналізу стандарту ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT). Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 в охороні здоров'я» показало ряд його відмінностей та особливостей порівняно з універсальним стандартом «ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги» (відповідає міжнародному стандарту ISO 9001:2015 Системи менеджменту якості – Вимоги) [78].

Так, у стандарті для сфери охорони здоров'я структура та зміст універсального стандарту в 10 розділах повністю збігаються, але в текст вносяться доповнення та примітки з конкретними вимогами до сфери охорони здоров'я. Ці вимоги детально пояснюються в додатку до стандарту.

Відмінності стандарту для галузі охорони здоров'я полягають, зокрема, в уточненні термінології. Це дозволить керівникам закладів охорони здоров'я, аудиторам, органам, що виконують інші контролюючі функції, медичним працівникам, пацієнтам однозначно трактувати поняття та говорити загальною зрозумілою мовою про якість медичної допомоги.

Наприклад, у стандарті для сфери охорони здоров'я характеристики властивостей медичної допомоги чітко представлені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Характеристики якості медичної допомоги

Характеристика	Пояснення
Відповідний, правильний догляд	Надання медичної допомоги відповідно до визначених потреб пацієнта, які ґрунтуються на ретельних даних анамнезу, обстеження, спостережень. Не допускається перевищення обсягу обстеження і лікування стосовно визначених потреб;
Придатність або доступність	досяжність до пацієнта саме тих послуг, які може запропонувати цей заклад охорони здоров'я;
Безперервність медичної допомоги	надання послуги шляхом забезпечення оптимізованого ланцюга медичних послуг, до якого можуть бути задіяні різні види медичної допомоги та різні заклади охорони здоров'я;
Ефективність	очікуваний позитивний клінічний результат; відсутність ушкоджень, пов'язаних із наданням медичної допомоги;
Результативність	найкраще можливе співвідношення між досягнутими результатами та використаними ресурсами;
Неупередженість	надання медичної допомоги незалежно від статі, сексуального, культурного, етнічного, соціального, мовного або іншого походження;
Науковість	надання медичної допомоги на основі науково обґрунтованих знань;
Клієнтоспрямованість	орієнтованість на пацієнта на основі персоніфікованого підходу й за умови його усвідомленої згоди;
Залучення пацієнта	взаємодія з ним при плануванні й виконанні медичних заходів;
Безпека пацієнта	діяльність з ідентифікації та контролю ризиків, пов'язаних із наданням медичних послуг, та усунення всіх передбачуваних небезпек
Своєчасність	медичні послуги повинні надаватися вчасно, з урахуванням оцінки потреб пацієнта, гостроти і тяжкості захворювання.

Наведений перелік характеристик є надзвичайно важливим, оскільки, згідно з науковими дослідженнями, визначення якісних характеристик відбувається досить давно – з 1860 року – і включає погляди Томаса Сіденгама, А. Донабедяна, Джона Овретвейта, експертів ВООЗ. , Інститут медицини США, ОЕСР. Ці погляди певним чином відрізняються, і закладам охорони здоров'я пропонується визначати ці характеристики незалежно, враховуючи

місцевий контекст[76]. Тому чітке формулювання характеристик якості в стандарті, на відміну від існуючих найпоширеніших шести (результативність, результативність, справедливість, орієнтованість на пацієнта, безпека, своєчасність) може значно полегшити це завдання для керівників закладів охорони здоров'я.

Стандарт охорони здоров'я також чітко визначає поняття потреби в охороні здоров'я. Вони представлені як відхилення поточного стану здоров'я від критеріїв бажаного стану здоров'я. Важливість цієї концепції полягає в тому, що її розуміння тісно пов'язане з основною метою діяльності закладу охорони здоров'я з якості – забезпечення задоволеності споживачів на основі визначення їх потреб у медичному обслуговуванні та очікувань від системи охорони здоров'я.

Інтерпретацію концепції процесного підходу та елементів системи управління якістю для медичних організацій слід розглядати як значне надбання стандарту для охорони здоров'я.

Таким чином, процесний підхід має зосереджуватися на клінічних процесах, які забезпечують додаткову цінність для пацієнта через позитивний вплив на стан його здоров'я. Клінічний процес є основним, основним і найважливішим процесом у системі управління якістю медичної допомоги. Під терміном «клінічний» розуміють сукупність усіх видів взаємодії між пацієнтом і медичними працівниками незалежно від їх спеціалізації.

Початковий стан здоров'я, з яким пацієнт звертається за медичною допомогою, є об'єктом процесу клінічного введення. Зміни стану здоров'я в результаті клінічної діяльності є «виходом» процесу, а сама клінічна діяльність – сукупністю заходів, яка перетворює «входи» клінічного процесу на «виходи».

Клінічні процеси у закладі охорони здоров'я мають бути визначені за видами проблем зі здоров'ям, відповідно основних замовників групують за однаковим видом проблем зі здоров'ям. Це означає, що увага керівників різних рівнів управління охорони здоров'я при менеджменті клінічних процесів має

концентруватися на групах пацієнтів з однаковою патологією, а не структурних підрозділах, де вони отримують медичну допомогу.

Клінічний процес тісно пов'язаний із процесами забезпечення ресурсами та менеджментом.

Неклінічні процеси впливають на якість результатів клінічної діяльності та включають, зокрема, управління знаннями. Знання безпосередньо застосовують у клінічних процесах і тісно пов'язані з компетентністю персоналу, який є носієм цих знань.

Керівник закладу як відповідальна особа повинен спрямовувати систему управління якістю на розвиток та підтримку медичних знань, забезпечення застосування медичними працівниками найкращих наявних знань під час надання медичної допомоги шляхом організації навчання, накопичення знань, заохочення обміну та поширення знань в організації.

Підвищення рівня знань щодо позицій стандарту для сфери охорони здоров'я можливе шляхом включення до системи управління якістю, крім клінічних процесів, двох інших типів процесів – навчальних та/або досвідчених медичних процесів, внаслідок того, що вони також орієнтовані безпосередньо на замовника. Навчальний процес уособлює всі види навчань, пов'язаних із набуттям базової професійної освіти чи підвищенням кваліфікації. Проведення наукових досліджень на базі закладів охорони здоров'я спрямоване на здобуття нових знань у сфері управління якістю медичної допомоги та використання їх у практичній діяльності.

Зазначені типи процесів відсутні у стандарті ДСТУ 180 9001:2015 (180 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги» та вперше введені у стандарт для сфери охорони здоров'я (табл. 1.2).

Структура процесів у системі управління якістю медичної допомоги

Типи процесів	Приклади
Клінічні процеси	Профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, екстрена допомога, хоспісна допомога
Управління ресурсами	Управління людськими ресурсами Управління інфраструктурою Управління середовищем для функціонування процесів Управління ресурсами для моніторингу та вимірювань Управління знаннями Управління задокументованою інформацією
Менеджмент	Розробка політики та цілей в сфері якості Планування діяльності з забезпечення якості медичної допомоги Розподіл функцій, повноважень та обов'язків у системі управління якістю Координація діяльності в системі управління якістю Аналіз функціонування системи управління якістю Прийняття рішень з покращення якості процесів і системи
Навчальні процеси	Навчання медичних працівників у закладі охорони здоров'я за цільовою тематикою, спрямованою на характеристики якості медичної допомоги
Дослідні процеси	Проведення наукових досліджень на базі закладів охорони здоров'я, спрямованих на отримання нових знань в сфері управління якістю медичної допомоги та використання їх у практичній діяльності

Основою та фундаментом системи управління якістю в закладах охорони здоров'я, згідно з вимогами стандарту, є управління клінічними процесами на основі циклу Демінга – PDCA (Plan – Perform – Verify – Implement changes) та ризик-орієнтованого мислення.

Ризик-орієнтоване мислення в охороні здоров'я пов'язане з необхідністю забезпечення безпеки пацієнтів та розробки заходів профілактики ризиків у їх взаємодії із закладом охорони здоров'я. Основними ризиками, що впливають на стан здоров'я пацієнта, визначено клінічні ризики.

Клінічні ризики слід розглядати у зв'язку з одинадцятьма характеристиками якості медичної допомоги, перерахованими вище. На них слід зосередити увагу та розробити заходи щодо усунення, зменшення або мінімізації можливостей їх реалізації.

1.3. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я

Сучасна вітчизняна система охорони здоров'я потребує змін та реформ, адже погіршуються показники здоров'я, загострюються проблеми якості та доступності медичної та фармакологічної допомоги, дедалі несприятливішою стає демографічна ситуація. Зміна та реорганізація управління якістю закладів охорони здоров'я є одним із важливих факторів підвищення якості, культури та доступності медичної допомоги.

Дещо трансформовано поняття якості, а саме під ним розуміють функціонування підприємств і організацій з аналізом досконалості їх систем управління якістю, спрямоване на постійне самовдосконалення і головним чином задоволення існуючої потреби на ринку. Отже, в умовах становлення ринку медичних послуг в Україні все більшого значення набувають поширені у світовій практиці процеси впровадження систем управління якістю закладів охорони здоров'я. У багатьох високорозвинених країнах вимоги до сертифікації медичних закладів на відповідність міжнародним стандартам серії 180 9001 встановлені законом: наприклад, у Німеччині всі державні та недержавні клініки зобов'язані мати систему управління якістю, а 99 % з них обрали впровадження системи управління якістю відповідно до вимог 9001 [71, с. 33].

Просування системи управління якістю у сфері медичних послуг має супроводжуватися зниженням вартості цих послуг за рахунок оптимізації процесів їх організації, надання та контролю, про що наголошується в доповідних записках 180. Водночас часу, основна економія досягається за рахунок практичної ліквідації трудомістких і матеріально ресурсомістких процедур корекції та усунення наслідків помилкових діагнозів і неправильно призначеного лікування, в тому числі судових процедур.

Система управління якістю є ефективною моделлю управління. Серед основних переваг від його впровадження:

- іміджеві особливості (підвищення конкурентоспроможності клініки; зміцнення іміджу клініки в громадськості та професійних колах; підвищення

довіри з боку страхових компаній при виконанні відповідних договорів страхування; отримання конкурентних переваг при участі в тендерах; підвищення довіри до частина інвестиційних компаній);

– внутрішні вдосконалення (поліпшення керованості клініки через чіткий розподіл повноважень і відповідальності персоналу; підвищення мотивації персоналу; забезпечення прозорості внутрішніх процесів; постійне підвищення компетентності персоналу; оптимізація робочого процесу клініки; постійне вдосконалення діяльності клініки);

– успішної діяльності в цілому (підвищення якості медичних послуг, що надаються; підвищення ефективності та результативності діяльності та зниження вартості медичної допомоги; підвищення виробничої та фінансової дисципліни; можливість вступу в довгострокові відносини з постачальниками) [33, с. 29].

Таким чином, успішне управління якістю в охороні здоров'я матиме результативні характеристики як для конкретного медичного закладу, так і для всієї галузі країни, оскільки матиме доказовий ефект.

Процеси системи управління якістю клініки можна класифікувати за призначенням: процеси управління; основні процеси; процеси моніторингу, вимірювання, вдосконалення та розвитку; допоміжні/ресурсні процеси [35, с. 36]. Отже, ці процеси формують цілісний комплексний підхід до якісного функціонування та розвитку сфери.

Для ефективного управління медичною сферою необхідно охопити процес стратегічного планування, фінансового менеджменту, управління якістю послуг, управління персоналом, управління маркетингом, управління документацією та протоколами. Це основні процеси, безпосередня мета яких – отримання доходу, який може слугувати мотивацією для розвитку як медичної сфери країни та закладу, так і кожного окремого працівника. При стабільній роботі системи клієнт буде здоровий і задоволений. Особливістю цих процесів є те, що вони є джерелом формування доходів, які мають стратегічне значення.

До основних процесів були віднесені всі процеси, пов'язані із замовником: надання консультацій, проведення лабораторних досліджень, проведення операцій. Процеси вимірювання, аналізу, вдосконалення та розвитку включають процеси, метою яких є отримання прибутку в довгостроковій перспективі, а також процеси вдосконалення та розвитку діяльності клініки. Таким чином, процеси вимірювання, аналізу та вдосконалення повинні включати процеси, пов'язані з вимірюванням задоволеності пацієнтів, процесом внутрішнього аудиту, моніторингом процесів, управлінням невідповідностями, впровадженням коригувальних і запобіжних дій. Виділяючи допоміжні процеси, можна взяти за основу принцип, що допоміжні процеси – це процеси, за які клієнт не платить грошей, але вони необхідні для того, щоб клініка працювала.

До допоміжних належать усі процеси, пов'язані з ресурсним забезпеченням, підтримкою інфраструктури: процес юридичного забезпечення, управління інфраструктурою та виробничим середовищем, програмна та комп'ютерна підтримка, адміністративна підтримка, закупівля медичних матеріалів, медичного обладнання. Кожен процес має бути в керованому середовищі, що гарантується необхідними вимірюваннями та коригувальними діями в процесі, а також встановленням повноважень і відповідальності, критеріїв оцінки ефективності конкретних процесів.

Система управління якістю в медичних установах дозволяє вирішувати внутрішні проблеми, покращувати якість послуг, що надаються, та відповідати очікуванням пацієнтів. При використанні системи управління якістю мінімізуються витрати медичних установ, в основному за рахунок оптимізації діяльності та усунення зайвих або неефективних процесів, зовнішніх і внутрішніх втрат, викликаних дефектами та невідповідностями, а також генеруються кошти для розвитку та інновацій. Ефективно побудована система управління якістю є ефективним інструментом удосконалення діяльності медичної організації та джерелом економічної вигоди.

Завдяки вдосконаленню документації, моніторингу, критичного аналізу та періодичного перегляду ключових виробничих і управлінських процесів це забезпечує прозорість, кращий контроль і постійне вдосконалення роботи клініки. І якщо підвищується рівень кожної окремої клініки, підвищується рівень надання медичних послуг в масштабах країни, а значить – можливість розвитку та розвиток наукової медичної галузі.

Таким чином, орієнтація на пацієнта – надавати допомогу при обстеженні та відповідно до індивідуальних потреб і переваг пацієнтів, щоб задоволення очікувань пацієнтів стало основоположним для всіх клінічних рішень – має бути основною метою кожного медичного закладу [31, с. 14]. Це поняття включає:

безпека – забезпечити захист пацієнтів від травм під час надання медичної допомоги;

ефективність (клінічна ефективність) – надавати допомогу за принципами доказової медицини лише тим, для кого така допомога покращить їхній стан, а не надавати її, якщо допомога може зашкодити (уникати недостатнього та надмірного втручання);

своєчасність – скоротити час очікування та уникнути затримок, які інколи можуть завдати шкоди тим хто отримує і тим, хто їх надає;

раціональність (економічна ефективність) – уникайте марнотратного використання обладнання, ресурсів, ідей та енергії;

справедливість – повага до прав пацієнта, забезпечення надання медичної допомоги однакового рівня якості незалежно від особистих характеристик, таких як стать, національність, місце проживання та соціально-економічний статус [31, с. 15].

Основними міжнародними інструментами управління якістю в досліджуваному секторі можуть бути: ліцензування медичної практики; акредитація закладів охорони здоров'я; стандартизація лікувально-діагностичного процесу; сертифікація на відповідність національним стандартам системи управління якістю ДСТУ 180 серії 9000 версії 2000;

міжнародні, європейські та національні нагороди якості. Усі ці інструменти запроваджені в Україні, вони взаємопов'язані та доповнюють один одного.

Моніторинг ефективності впровадженої системи управління якістю можна оцінити за такими показниками, як:

- цільові показники планування (проектування) медичної допомоги (кількість підрозділів – проектів, що відповідають галузевим медико-технологічним документам);

- планові видатки на ресурсне забезпечення медичної допомоги;

- кількісні цілі в процесах соціологічного дослідження (очікуваний рівень задоволеності респондентів; планова репрезентативна кількість респондентів);

- завдання у сфері підготовки кадрів (кількість кадрів, які підлягають підвищенню кваліфікації в закладах післядипломної освіти та на робочих місцях; кількість і тематика навчальних матеріалів, що розробляються);

- плановий обсяг матеріального заохочення персоналу;

- цілі у сфері взаємодії з партнерами (кількість укладених договорів на аутсорсинг процесів);

- планові показники ревізій (згідно плану-графіка);

- цільові показники обсягу ринку (кількість пацієнтів, які планується охопити певними видами послуг);

- кількість новітніх методик (діагностичних, лікувальних, профілактичних, організаційних), які планується впровадити.

Висновок до першого розділу

Якісні ознаки процесу надання медичних послуг повинні враховувати: – забезпеченість сучасними (інноваційними) медичними технологіями; сучасні професійні знання в галузі охорони здоров'я; дотримання встановлених стандартів; відповідність отриманого результату прогнозованому; ефективне використання ресурсів у системі надання медичних послуг та задоволення потреб споживачів.

Суб'єкти охорони здоров'я мають забезпечити процес постійного підвищення якості медичних послуг, що сприятиме постійному дослідженню та вдосконаленню процесів надання медичних послуг з метою задоволення потреб споживачів та інших зацікавлених сторін. Тому критерії цільової ефективності соціально-економічної системи у сфері охорони здоров'я потребують постійної модифікації та вдосконалення, що сприятиме стратегічному управлінню в охороні здоров'я, а управління якістю процесу надання медичних послуг є основою цільової діяльності медичних установ.

Стандарт «ДСТУ EN 15224:2019 (15224:2016, УТ). Системи управління якістю. EN 180 9001:2015 в охороні здоров'я» після введення в дію слугуватиме надійним інструментом для керівників закладів охорони здоров'я у розробці, впровадженні та забезпечення функціонування системи управління якістю медичної допомоги. Корисність документу полягає в однозначному тлумаченні конкретних понять якості та наявності додаткових роз'яснень щодо особливостей діяльності в системі управління якістю при наданні медичної допомоги.

Більшість країн із розвинутою економікою успішно використовують досліджені методи та форму комплексного підходу до організації управління всім процесом еволюції медичних послуг. Україна тільки стає на цей шлях і має як перспективи, так і потребу серйозних реформ для продуктивного функціонування всієї медичної галузі. Для цих зрушень необхідно чітко сформулювати як законодавчу базу, так і функціональний підхід до організації комплексної системи управління якістю лікувального закладу з координацією, аналізом і контролем. Клієнтоорієнтованість допоможе кваліфіковано задовольняти потреби пацієнтів, а також розвивати медичні послуги в інноваційному напрямку. Ефективно побудована система управління якістю є ефективним інструментом удосконалення діяльності медичної організації та джерелом економічної вигоди. І якщо підвищується рівень кожної конкретної клініки, підвищується рівень медичних послуг усієї країни, а значить, з'являється можливість розвитку та розвитку наукової медичної галузі.

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Миколаївської області

Загальна система основних факторів, що забезпечують якість медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, складається з чотирьох груп факторів:

– ресурси (обсяг фінансування, медичний персонал, обладнання, ефективність використання ресурсів);

– державне нормативне забезпечення (законодавчі акти з питань ліцензування, акредитації, стандартизації; зовнішній аудит; механізми фінансування (постатейно або в рамках єдиного бюджету); державне регулювання діяльності суб'єктів господарювання недержавних форм власності галузі охорони здоров'я; уніфіковані клінічні протоколи. ; медичне страхування);

– управління/організація на рівні закладу охорони здоров'я (стандартизація етапів надання медичної допомоги, технології лікування, локальні протоколи, механізм внутрішнього аудиту, система мотивації, деонтологічні фактори, навчання персоналу);

– ставлення споживачів медичних послуг (пацієнтів) до збереження власного здоров'я (відсутність/наявність відповідального ставлення до здоров'я, фактори здорового способу життя, рівень інформаційної обізнаності, виконання призначень лікаря, ставлення до профілактичних рекомендацій лікаря, пов'язаних з формування здоров'я мотивації).

Окремі чинники забезпечення якості медичної допомоги комплексно об'єднують розробку можливих напрямів підвищення якості медичної допомоги. Сучасний економічний стан економіки України унеможливило суттєве збільшення ресурсної складової підвищення якості медичної допомоги, тому актуальним є питання ефективного використання ресурсів.

Фактори групи «державне нормативно-правове забезпечення» динамічно розвиваються та впливають на процеси забезпечення якості у сфері охорони здоров'я. Так, запроваджено процедуру контролю якості, яка є вертикально організованою функціональною структурною системою, що включає всі рівні управління – від МОЗ до окремих лікувальних закладів, розроблено Галузеву програму стандартизації медичної допомоги до 2020 року, Формуляр запроваджено систему забезпечення ліками. Ці напрямки є базовими регуляторами у створенні механізмів управління якістю медичної допомоги на рівні охорони здоров'я.

Фактори групи «ставлення пацієнтів до збереження власного здоров'я», спрямовані на формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я, передбачають зміну соціально ціннісних установок у поведінці населення та ефективну комунікацію для досягнення постійного зміни в поведінці. Фактори групи «управління/організація на рівні охорони здоров'я» зумовлюють підвищення ефективності управління якістю медичної допомоги на рівні охорони здоров'я.

Перспективним напрямком швидких змін у покращенні якості медичної допомоги є рівень медичної допомоги, оскільки саме заклад охорони здоров'я зараз має значний потенціал для динамічного та гнучкого реагування на потреби та очікування пацієнтів щодо підвищення якості медична допомога.

Контроль якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Миколаївської області протягом 2021 року здійснювався такими організаційними заходами: оперативні наради, медичні ради, конференції лікарів, клінічні та клініко-адміністративні обходи, сестринські ради; контроль за виконанням санітарно-епідеміологічного режиму занять із сестринським персоналом; підвищення кваліфікації лікарів; атестація лікарів; підвищення кваліфікації медперсоналу; атестація середнього медичного персоналу; впровадження нових технологій; аналіз динаміки статистичних характеристик; щоденна експертиза медичної документації та карток виписки зі стаціонару; одноденні шматочки; цільовий контроль якості медичної

допомоги; оцінка якості за моделями результатів; виконання планів роботи структурних підрозділів.

У 2021 році проведено 114 цільових перевірок якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Миколаївської області, 156 перевірок якості надання медичної допомоги за зверненнями громадян. Питання контролю якості розглядалися на 11 колегіях управління охорони здоров'я, 6 апаратних нарадах та 24 оперативних нарадах керівництва Департаменту охорони здоров'я Миколаївської ОДА. У 2021 році проведено 76 засідань клінічних та експертних комітетів охорони здоров'я, 11 засідань Координаційної ради з управління якістю медичної допомоги. За цей період в усіх лікувально-профілактичних закладах наказами затверджено відповідальних за контроль та управління якістю медичної допомоги та персональний склад лікарських консилиумів, проведено засідання відповідно до річного плану.

Аналіз «Планів основних організаційних заходів» закладів охорони здоров'я Миколаївської області на 2021 рік показав, що у 100% плани мають окремі розділи щодо покращення контролю якості медичної допомоги. Але задекларовані заходи, визначені в планах, декларують контрольні функції та вимагають виконання та дотримання запланованих кількісних показників роботи, а саме: захворюваності на тимчасову втрату працездатності, інвалідності, смертності, середнього перебування на ліжку, кількості днів непрацездатності тощо. , питань щодо розробки та впровадження сучасних механізмів управління якістю медичної допомоги в цих планах немає.

Надання медичної допомоги населенню на якісному рівні неможливе без достатньої укомплектованості закладів охорони здоров'я лікарями та достатнього рівня їх кваліфікації. Аналіз укомплектованості лікарняними посадами закладів охорони здоров'я як важливої складової якості медичної допомоги показав тенденцію до зниження укомплектованості лікарняними посадами сільських амбулаторій – 71,8% та ЦРЛ – 85,4±2,1% у порівнянні з міськими лікарнями – 98,6±2,4% та обласними лікарнями – 93,5±1,9%. Штатні

посади лікарів в Україні в середньому укомплектовані фізичними особами на 82,5%.

Кількість лікарів у Миколаївській області у 2021 році склала 33,7 на 10 тис. населення. У м. Миколаєві кількість лікарів становила 66,4, а в закладах охорони здоров'я району – 21,4 на 10 тис. населення. Кількість лікарів, які безпосередньо надають медичну допомогу в Україні, становила 27,3 на 10 тис. населення. Цей показник був нижчим за рівень забезпеченості лікарями в більшості країн Європейського Союзу (33 на 10 тис. населення). Кількість лікарів, які займаються лікувальною роботою у сільській місцевості Миколаївської області у 2021 році становила 216, або 7,76. Це свідчить про значну невідповідність забезпеченості лікарями міського та сільського населення.

Професійний рівень лікарів оцінюється за даними про їх кваліфікаційну атестацію. Даний показник вивчався на рівні обласних лікарень, міських та центральних районних лікарень Миколаївської області. Кількість дипломованих лікарів у центральних районних лікарнях становила 62,9%, у міських – 66,8%, в обласних – 66,2%. Серед атестованих лікарів лікарень області вищу категорію мали 51,82%, першу – 27,72%, другу – 20,46%. У міських лікарнях відповідно 41,32%, 38,72% та 19,96%. У центральних районних лікарнях відповідно 29,7%, 50,72% та 19,57% лікарів. Примітно, що кількість атестованих лікарів зменшилася в усіх категоріях медичних закладів. Порівняно з 2020 роком у 2021 році кількість сертифікованих лікарів зменшилася в лікарнях області на 0,9%, у лікарнях міста Миколаєва – на 2,6%, у лікарнях центрального району – на 0,3-9,3%. Загалом по Миколаївській області кількість сертифікованих лікарів за 2021 рік зменшилась на 1%, що свідчило про недостатню мотивацію лікарів до підвищення кваліфікації.

Дослідження показало, що експертиза якості медичної допомоги, яка надається пацієнтам у закладах охорони здоров'я, здійснювалася шляхом п'ятирівневого контролю якості та була функцією керівників структурних підрозділів закладів охорони здоров'я (першого рівня), заст. головних лікарів

з клініко-експертної роботи (другий рівень), клініко-експертних комісій закладів охорони здоров'я (третій рівень), експертної комісії обласного (міського) управління охорони здоров'я (четвертий рівень контролю) та експертної комісії МОЗ України (п'ятий рівень контролю).

Цільова експертиза проводиться у всіх випадках післяопераційних ускладнень, летальних наслідків, у тому числі післяопераційних втручань, розбіжностей у клініко-патологоанатомічному діагнозі, повторних госпіталізацій, випадків внутрішньолікарняних інфекцій та ускладнень, первинної втрати працездатності осіб працездатного віку та повторних госпіталізацій з приводу одного і того ж захворювання під час лікування. року та у випадках, що супроводжуються скаргами пацієнтів та їх родичів.

Оцінка якості медичної допомоги в досліджуваних закладах охорони здоров'я розглядалася не тільки як спосіб виявлення та усунення недоліків, а й як ефективний механізм вжиття заходів щодо підвищення якості медичної допомоги. Крім зазначених видів експертизи, заступник головного лікаря з лікувальної роботи та головна медична сестра закладу охорони здоров'я регулярно проводили огляди пацієнтів, аналізуючи всі аспекти лікувального процесу з обов'язковим записом недоліків та рекомендаціями щодо їх усунення в спеціальних «Обхідних журналах». Таким чином, основними видами контролю якості медичної допомоги стали метод експертної оцінки якості лікувального процесу за даними статистичного обліку та метод безпосереднього контролю за роботою лікарів лікувального закладу. Основними документами для експертної оцінки були: карта стаціонару, карта виписки із стаціонару, журнал оперативних втручань, амбулаторна карта, карта диспансерного спостереження та журнал непрацездатності в поліклініці.

Для оцінки якості медичної допомоги керівники структурних підрозділів та лікарі обласної, міської та центральної районних лікарень використовували протоколи лікування, схеми експертної оцінки (раціональне використання ліжкового фонду, якість лікування (повне, неповне, комплексне), діагноз, враховуючи такі показники, як діагноз, обґрунтованість

госпіталізації, госпіталізація планова чи швидка допомога, обсяг обстеження планових хворих в амбулаторних умовах та дублювання лабораторних досліджень, терміни встановлених Крім того, зверталася увага на тривалість перебування в лікарні, необхідність подальшого лікування в амбулаторних умовах, кількість хворих, направлених на медико-соціальну експертну комісію.

Аналіз даних щодо заходів щодо забезпечення технологічної складової якості медичної допомоги та процесу її надання в закладах охорони здоров'я показав, що в лікарнях використовуються уніфіковані та локальні протоколи лікування, посібники з інфекційного контролю, бланки лікарських засобів, бланки медичного обліку, прийняті до виконання, медичні стандарти. У всіх медичних установах визначено офіційний порядок реєстрації скарг пацієнтів, регулярно проводяться опитування пацієнтів щодо якості надання медичної допомоги в лікарнях. Для оцінки якості в стаціонарах використовували дані передопераційного обстеження.

Для проведення передопераційної підготовки в стаціонарі проводяться клінічні, функціональні та інструментальні обстеження (флюорографія, електрокардіографія, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі та ін.). Дослідження показало, що заклади охорони здоров'я Миколаївської області функціонували в межах норм контролю та експертизи якості медичної допомоги (табл. 2.1).

Аналіз основних показників експертної оцінки якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Миколаївської області показав, що в центральних районних лікарнях своєчасність діагностики та комплексного лікування дотримано у $87,3 \pm 1,2\%$ випадків, у міських – $86,2 \pm 1,8\%$, в лікарнях області – $89,4 \pm 3,2\%$, своєчасність і повнота поліклінічних оглядів: в центральних районних лікарнях $87,9 \pm 1,7\%$, в лікарнях міста $90,1 \pm 2,1\%$, в лікарнях області $94,1 \pm 2,3\%$. У центральних районних лікарнях бажаний результат лікування досягнуто у $93,5 \pm 1,7\%$ хворих, у міських лікарнях – у $94,2 \pm 2,2\%$, в лікарнях області – у $90,6 \pm 1,9\%$ хворих. На стаціонарному етапі

надання медичної допомоги в міських лікарнях у $63,8 \pm 2,2\%$ випадків та в обласних лікарнях у $78,4 \pm 2,4\%$ випадків дублювалися клініко-лабораторні дослідження у пацієнтів амбулаторних відділень.

Таблиця 2.1

Основні заходи із забезпечення якості медичної допомоги
в закладах охорони здоров'я Миколаївської області (%)

Назва заходів із гарантії якості	Рівень надання медичної допомоги		
	центральні районні лікарні	міські лікарні	обласні лікарні
Наявність офіційних документів (наказів, інструкцій, положень, локальних протоколів) галузевого, обласного, установчого рівнів щодо гарантії якості	100,0	100,0	100,0
Наявність уніфікованих протоколів та схем експертних оцінок	40	83	100
Застосування експертних оцінок якості лікувально-діагностичного процесу:			
– чотирирівневого	18,0	63,0	100,0
– трирівневого	85,0	75,0	100,0
– цільового контролю	100,0	100,0	100,0
Проведення медико-соціологічного дослідження пацієнтів протягом останнього року з метою виявлення їх думки про якість медичного обслуговування	48,0	82,5	100,0
Використання результатів опитування для підвищення якості медичної допомоги	36,0	84,0	75,0
Виконання уніфікованих локальних медичних протоколів у лікарні	46,0	90,0	100,0
Наявність офіційної процедури реєстрації скарг пацієнтів	100,0	100,0	100,0
Детальне вивчення та аналіз розходжень патологоанатомічного і клінічного діагнозів, аналіз показників летальності	100,0	100,0	100,0
Використання АСУ в медичних закладах	3,5	12,0	29,8

Лише в 36% центральних районних лікарень, 84% міських лікарень та 75% обласних лікарень використано дані опитування пацієнтів для розробки пропозицій щодо покращення якості. Медичні стандарти розроблені та застосовуються в 40,0% центральних районних лікарень; 83,0% в міських лікарнях і 100% в обласних. Експертизу якості медичної допомоги, аналіз

летальних наслідків, відмінності патологоанатомічних та клінічних діагнозів проводили в лікарнях усіх рівнів.

При оцінці якості стаціонарної медичної допомоги використовувалися такі показники: виконання нормативу обсягу та якості медичної допомоги; повнота лабораторних та інструментальних досліджень; необхідність госпіталізації; комплексність і своєчасність лікування; час стаціонарного лікування, в тому числі до і після операції; ускладнення; супутні захворювання; якість діловодства.

Загальна летальність у 2021 році в лікарнях області становила 1,15%, у лікарнях міста – 1,0%, у лікарнях центрального району – 0,93%.

Найвищий рівень госпітальної смертності в медичних закладах обласного рівня можна пояснити наявністю більш важкого контингенту пацієнтів, які отримують високоспеціалізовану медичну допомогу, що узгоджується із середньостатистичними даними по Україні. Окрім обов'язкового аналізу відмінностей клінічних та патологоанатомічних діагнозів, у лікарнях один раз на місяць проводились науково-практичні конференції щодо відмінностей цих діагнозів. Усі випадки розбіжностей у діагнозах розділили на три категорії:

Летальні наслідки були поза контролем медичного персоналу через пізню появу та прогресування захворювання;

у розбіжності діагнозів винні медичні працівники, але це не вплинуло на результат;

У розбіжності діагнозів винні медпрацівники, що вплинуло на результат.

Дослідженням встановлено, що річна кількість розтинів трупів становила $82,3 \pm 3,6\%$ від загальної кількості померлих у лікарнях області. Різниця між діагнозами в закладах охорони здоров'я Миколаївської області та закладах охорони здоров'я м. Миколаєва становила 5,0% та 5,8%. Експертна оцінка внутрішньолікарняних смертей передбачала поглиблений аналіз кожного випадку летального результату, у тому числі після оперативних втручань. Аналізу та оцінці підлягали повнота та своєчасність діагностики та

лікування, обсяг та якість медичної допомоги, ефективність застосованих методів лікування. Кожен виявлений дефект, а також кожен випадок розбіжності в оцінці якості на різних етапах обстеження був предметом спеціального обговорення на нарадах у лікарнях, що стало основою для підвищення рівня знань медичних працівників та формування єдиних підходів до діагностичного та лікувального процесу.

Одним із основних показників використання ресурсів Миколаївської області у сфері охорони здоров'я стала середня тривалість перебування на лікарняному, яка у 2021 році в центральних районних лікарнях становила 14,2 дня, у міських – 10,2 дня, в обласних – 12 днів, 4 дні. Одним із критеріїв якості надання медичної допомоги було раціональне та ефективне використання ліжко-місць.

Основними критеріями оцінки якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я визначено: – організація прийому планових хворих; організація прийому хворих, доставлених автомобілем швидкої допомоги; якість і своєчасність діагностики та комплексність лікування з першого дня; своєчасність і повнота поліклінічних оглядів; поточне спостереження за хворим, корекція та уточнення діагнозу та лікування; своєчасність і якість консультацій; середнє перебування хворого в ліжку; виконання плану ліжко-днів; результати лікування (покращення, одужання, відсутність змін); показники летальності; застосування в комплексному лікуванні допоміжних і нетрадиційних методів; обґрунтовані скарги пацієнтів; матеріали анкетного опитування пацієнтів

Важливим показником якості лікувального процесу в закладах охорони здоров'я є охоплення та ефективність диспансерним оглядом хворих з керованою патологією (хворі на артеріальну гіпертензію, стенокардію, інфаркт міокарда, цукровий діабет, бронхіальну астму, пневмонію, виразкову та жовчнокам'яну хвороби).

Аналіз отриманих даних показав, що середній медичний персонал має медичну кваліфікацію на рівні 100,0 %, у центральних районних лікарнях

атестовано 26,3 % середніх медичних сестер, у міських – 31,5 %, в обласних – 36,4 %. Враховуючи роль середнього медичного персоналу в якості медичної допомоги, питанню підвищення його кваліфікації приділялася увага в усіх науково-дослідних установах, зокрема апарат управління лікарні та середній медичний персонал обговорювали нові форми та методи підвищення кваліфікації середнього та молодшого медичного персоналу. медсестринського персоналу лікарні, проведено оцінку сестринського закладу. штату та служб відділення, визначено наявність формальної структури медсестринського персоналу, в якій представлені всі медсестри. Кожен випадок післяопераційного ускладнення був предметом розгляду на лікарських і сестринських конференціях кафедри.

У всіх лікарнях, де проводилося дослідження, була створена система контролю якості медичної допомоги згідно нормативних документів МОЗ України та інструкцій, наказів, що стосуються внутрішнього контролю якості.

2.2. Оцінка системи управління якістю первинної медичної допомоги

Чергова хвиля реорганізації та оптимізації медичної допомоги зі створенням ефективної системи охорони здоров'я в Україні, орієнтованої на пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, розпочалася у 2016 році, коли Кабінет Міністрів України затвердив « Концепція реформування системи фінансування охорони здоров'я» та Національна програма «Здоров'я 2020, український вимір». Ключовою ідеєю реформи став остаточний перехід від моделі фінансування інфраструктури Семашка до фінансування за результатами та приклад британської системи охорони здоров'я, побудованої за моделлю Беверіджа, яка ефективна в умовах обмеженого державного фінансування. Основні зміни, які передбачає реформа на 2016-2020 роки, включають: перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічних закупівель медичних послуг на договірних засадах; автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшості з них статусу неприбуткових медичних підприємств;

впровадження гарантованого державою пакета медичної допомоги; перерахування бюджетних коштів на фінансування державних медичних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національна служба здоров'я України як єдиний замовник медичних послуг; та запровадження електронної системи контролю та моніторингу охорони здоров'я.

Для реалізації реформи та забезпечення якісної структури медичної допомоги у 2017 році прийнято пакет законодавчих та нормативно-правових актів, зокрема: Закон України від 06.04.2017 №2002 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» і (ред. від 06.04.2017), яким врегульовано автономізацію закладів охорони здоров'я; Закон України від 19.10.2017 № 2168-УШ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування та лікарських засобів», визначення фінансових зобов'язань закладів первинної медико-санітарної допомоги щодо забезпечення пацієнтів пакетом медичних послуг та лікарськими засобами належної якості за рахунок коштів державного бюджету .

Паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу, ухвалено створення Національної служби здоров'я України НСЗУ (Розпорядження КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27.12.2017 № 1101) , визначено вимоги до надавачів медичних послуг та порядок укладання договорів про надання медичних послуг, затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг (Постанова Кабінету Міністрів України № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартість медичних послуг», Указ

Враховуючи існуючі проблеми з доступністю медичної допомоги для сільського населення, прийнято спеціальний закон, який поряд із розвитком мережі закладів охорони здоров'я, транспортної інфраструктури у сільській місцевості також передбачає широке впровадження телекомунікаційної інфраструктури. . Закон України від 14.11.2017 № 2206-УПІ «Про підвищення

доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»[1]. МОЗ України затвердив відповідні накази, що регламентують хід реформи та перехід на нову систему управління якістю медичних послуг:

– Наказ МОЗ від 19.03.18 р. № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медико-санітарну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медико-санітарну допомогу»;

– Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медико-санітарної допомоги»);

– Наказ МОЗ від 26.01.2018 № 148 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, що надають первинну медико-санітарну допомогу»;

– Наказ МОЗ та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 № 178/24 «Про затвердження Порядку формування територіальних мереж первинної медико-санітарної допомоги».

З метою кращого контролю за реорганізацією системи та якістю надання медичної допомоги в закладах первинної медичної допомоги запроваджено електронну систему охорони здоров'я для обліку та прикріплення пацієнтів e-Health (Постанова Кабінету Міністрів України № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25.04.2018 р.), запроваджено Міжнародну класифікацію ПМД ІСРС-2 (Наказ МОЗ України від 01.04.2018 № 13 «Про деякі питання застосування україномовної версії Міжнародної класифікації первинної медико-санітарної допомоги ІСРС-2-Е»), видача електронних направлень, лікарняних та рецептів за програмою «Доступні ліки».

У звіті ВООЗ та Світового банку щодо оцінки реформи фінансування охорони здоров'я за 2016-2019 роки зазначено, що загальна структура реформи фінансування охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам щодо підвищення доступності, якості та

ефективності медичних послуг. Впровадження реформи є успішним, відчутні результати починають з'являтися на рівні первинної медичної допомоги, але для досягнення змін у клінічній практиці на місцях потрібен ширший спектр інструментів, таких як інституційні механізми підвищення якості [10].

Але вітчизняні експерти відзначають багато недоліків проведеної реформи фінансування та відповідно недостатнє забезпечення системи управління якістю структури первинної медичної допомоги. Так, аналізуючи якість структури первинної медичної допомоги, одним з аспектів якої є фінансування, слід відзначити роботи Тулай О., Thread S (2022), який зазначив, що наріжним принципом реформи «гроші йдуть за пацієнтом» « не було втілено на рівні первинної медичної допомоги . У 2018-2020 роках заклади охорони здоров'я фінансувалися за кількістю укладених декларацій, тобто мало чим відрізнялися від попередньої системи фінансування, яка була «прив'язана» до кількості зареєстрованого населення. Позитивною зміною стало право пацієнта на вільний вибір сімейного лікаря.

Проблемним аспектом реформи первинної ланки є те, що протягом 2018-2021 років НСЗУ не виконувала функції організації. НСЗУ не виконувала функцію організації, яка займалася стратегічними закупівлями якісних медичних послуг первинної ланки в інтересах громадян України, а діяла як організація, яка укладала договори з медичними закладами. Вважається невідповідною доцільність застосування норми капіталізації, яка однозначно не стимулює сімейного лікаря надавати пацієнту максимально можливий обсяг медичної допомоги, а породжує «перекладання відповідальності» на спеціалістів вузького профілю.

На думку науковців, у логістиці реформи первинної медичної допомоги принцип «гроші йдуть за пацієнтом» має бути замінений базовою фінансовою моделлю «гроші йдуть за послугами», що демонструє основні аспекти нової парадигми реформ для закупівля державою медичних послуг для населення. Для раціонального використання кадрового потенціалу важливо оптимізувати обсяг практики, яку сімейний лікар, лікар загальної практики чи педіатр може

надавати первинній медичній допомозі. Обґрунтовані розрахунки ринкових тарифів і коригуючих коефіцієнтів доцільно проводити для всього спектру первинної медичної допомоги, оскільки саме ресурсоемність медичних послуг, виражена в їх собівартості, повинна лягти в основу успішного фінансового проектування реформи. [11].

У нашому аналізі слід констатувати, що фінансування системи охорони здоров'я, і зокрема первинної медичної допомоги, залишається недостатнім, оскільки відсоток ВВП на охорону здоров'я в державі залишається низьким (2017 р. – 2,8% ВВП, 2019 р. – 2% 4% ВВП, 2021 рік – 4,2% ВВП), а відсоток на первинну медичну допомогу становить 11-13% від цієї частки. Тоді як Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендувала, щоб потреба становила 5-7% (рис. 2.1).

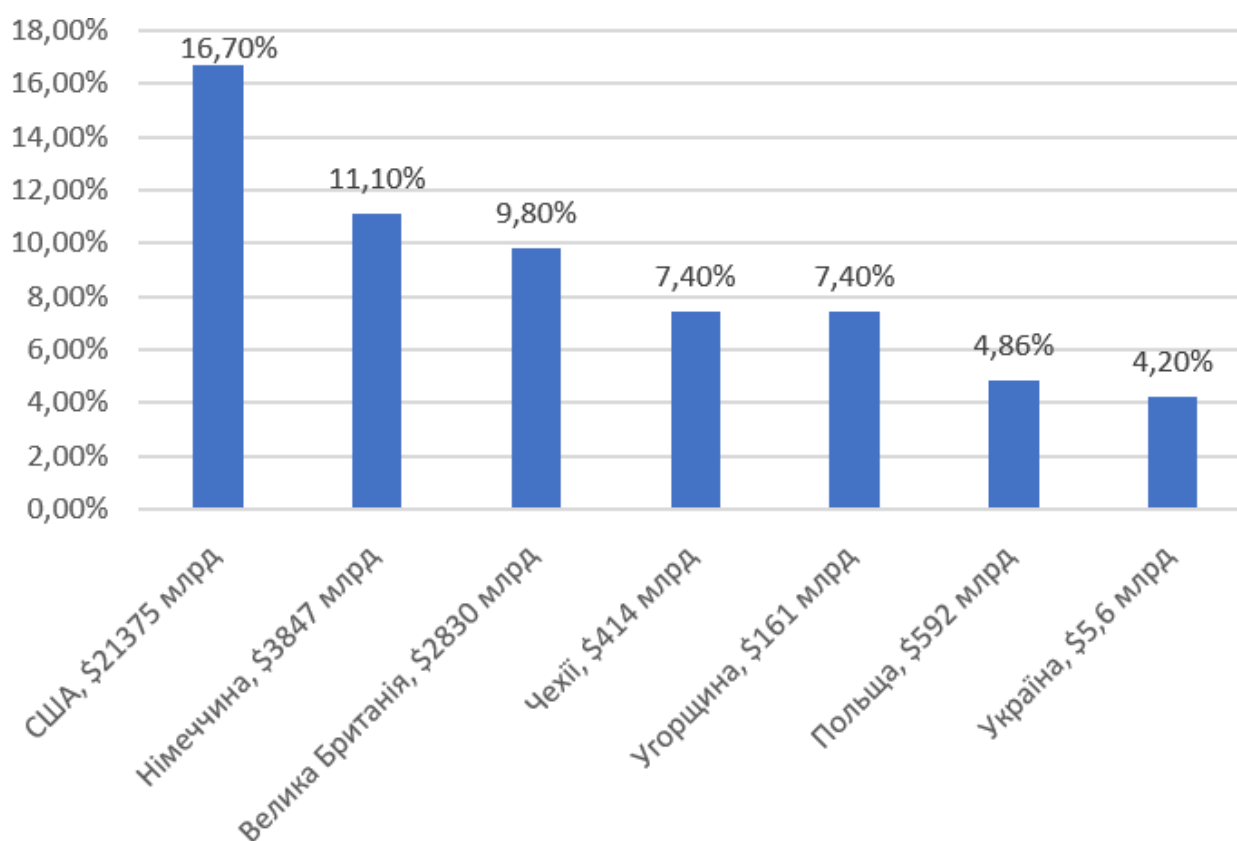


Рис. 2.1. Відсоток та сума ВВП витрачена на охорону здоров'я в 2021 р.

Ставка капіталу в 370 грн (\$15) у 2019 році або 657 грн (\$25) в 2021 році в Україні, враховуючи нові коефіцієнти, залишається надзвичайно низькою, тоді як у США норма капіталу на одного пацієнта становить \$10 300 на рік (за

даними 2017 року), у Німеччині – 5400 доларів на рік, а в Польщі – 910 доларів на рік. Ці показники є нестабільними, оскільки обсяги фінансування системи охорони здоров'я в Україні визначаються щорічним Державним бюджетом України залежно від економічного розвитку держави. Недостатньо врегульованим залишається питання фінансування витрат на утримання приміщень закладу первинної медичної допомоги та оплати комунальних послуг, оскільки не скрізь органи місцевого самоврядування здійснюють такі платежі.

Іншим аспектом оцінки якості структури первинної медичної допомоги є забезпеченість інфраструктурою, обладнанням, підготовленим персоналом тощо. Слід зазначити, що ліцензований обсяг оснащення закладів первинної медичної допомоги та зазначена таблиця оснащення, затверджена наказом Міністерства МОЗ України від 26.01.2018 № 148 зі змінами недостатньо для якісного надання первинної медичної допомоги в глобальному розумінні.

Допомога з боку місцевої влади у розвитку первинної медико-санітарної допомоги часто є недостатньою, а в деяких випадках навіть не покриває витрати на утримання будівлі закладу первинної медико-санітарної допомоги, необхідність якого передбачена законодавством. Забезпечення закладів первинної медичної допомоги якісними підготовленими кадрами також викликає багато питань у зв'язку з реформою системи освіти, неузгодженістю співпраці з підготовки медичних кадрів між Міністерствами освіти та охорони здоров'я, неспівпаданням у багатьох аспектах. післядипломної підготовки медичних кадрів за міжнародними стандартами.

Аналізуючи систему управління якістю процесу та результатів надання медичної допомоги, слід зазначити, що наказ МОЗ від 29.12.2016 № 1422 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 28.09.2012 № 751» обмежив використання національних протоколів, розроблених на основі адаптації міжнародних настанов, і рекомендував використовувати нові клінічні протоколи медичної допомоги держав-членів Європейського Союзу, США, Канади та Австралійського Союзу, написані англійською мовою. Отже, заклад

охорони здоров'я повинен самостійно обрати будь-який міжнародний протокол, адаптувати та перекласти його з подальшим застосуванням у веденні пацієнтів з тією чи іншою патологією, попередньо отримавши інформовану згоду пацієнта за формою, затвердженою цим наказом.

Такий підхід призвів до відсутності єдиного підходу до якості надання медичних послуг з урахуванням національних особливостей як системи охорони здоров'я, так і пацієнтів, що спричинило хаос у виборі тактики діагностики та лікування. Показники якості медичної допомоги раніше були прописані в національних уніфікованих клінічних протоколах від 2011 року, але сьогодні вони переглядаються і не запроваджені, нова система моніторингу якості розробляється Національною службою здоров'я України. Крім того, заклад охорони здоров'я за потреби може встановлювати власні показники якості, навіть на додаток до розроблених у державі.

З іншого боку, значний позитивний вплив на якість первинної медичної допомоги мало запровадження в Україні розширеного реєстру доступних лікарських засобів (наказ МОЗ України від 15.08.2019 №1805 «Про внесення змін до Реєстру) препаратів, що підлягають відшкодуванню, станом на 29.07.2019)) для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету та бронхіальної астми У майбутньому НСЗУ планує використовувати показники використання лікарем первинної ланки державних доступних ліків як один із критеріїв якості первинної медичної допомоги. Але слід зазначити, що деякі лікарські засоби, включені до реєстру, втратили свою актуальність відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій та клінічних протоколів.

З метою покращення моніторингу якості первинної медичної допомоги запроваджено електронний документообіг відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року No 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». Заклади первинної медичної допомоги комп'ютеризовано, підключено до системи e-Health (Наказ МОЗ України від 09.07.2017 № 1060, розроблено електронні медичні картки, запроваджуються e-рецепт, e-лікарняний листок). Наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 157 «Про

внесення змін до деяких наказів МОЗ України» змінив форми первинної облікової документації, але слід зазначити, що сама електронна медична картка не має уніфікованого зразка. затверджено МОЗ України, а в установах інформація збирається по-різному, тому якість облікових статистичних даних з 2018 року суттєво страждає.

Але негативним моментом для моніторингу якості стало скасування раніше існуючих форм звітності про показники здоров'я – форми № 10-12 (зміни до наказу МОЗ № 378 від 10.07.2007 «Про затвердження форм звітності з питань здоров'я та інструкцій). для їх завершення» на підставі наказів МОЗ № 1504 від 30.11.2017 та № 1802 від 04.10.2018), що призвело до втрати даних фіксації первинної захворюваності, особливо для аналізу до та після реформи, неможливості оцінити ефективність змін, клінічний аудит.

З іншого боку, прогресивним кроком є запровадження наказом МОЗ України від 04.01.2018 № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2)». Нової класифікації ICPC-2, розробленої Всесвітньою асоціацією сімейних лікарів (ЖСЛ і затвердженої ВООЗ, як додатковий інструмент до класифікації МКБ-10 для контролю та моніторингу якості первинної медичної допомоги, оскільки дозволяє фіксувати перебіг хвороби від симптому до діагнозу, всі розроблені діагностичні. процедури лікування, розрахувати часові та матеріальні витрати, простежити епізод надання медичної допомоги від першого до останнього звернення хворого за певним приводом. Втім, у керівництві до її застосування чітко вказано, що ICPC-2 може бути застосована з цією метою лише за наявності електронної медичної карти та електронної системи охорони здоров'я, а також потребує спеціального програмного забезпечення для повноцінного її використання з метою контролю і моніторингу якості первинної медичної допомоги, чого в Україні не забезпечено. Відповідно до запровадження ICPC-2 наказом МОЗ №157 від 26.01.2018 змінено облікову документацію закладів первинної медичної допомоги. Додатковим недоліками запровадження ICPC-2 є відсутність

зв'язку електронної документації з іншими основними класифікаторами медичної допомоги.

Загалом на сьогоднішній день в Україні залишаються слабкі сторони системи електронної медичної документації: відсутність єдиного підходу до збору даних медичної електронної документації, електронної амбулаторної карти та затверджених обов'язкових показників для обліку захворювань та факторів ризику; відсутність єдиного підходу до обліку та фіксації даних; кожна медична інформаційна система має свою версію електронної документації, фіксує різні дані, як наслідок – неможливо порівняти між собою показники центрів ПМД і регіонів між собою, немає поєднання всіх класифікацій з ІСРС-2; відмінено форму-12 – неможливо проаналізувати зміни до та після впровадження реформи і ІСРС-2, узагальнити дані по Державі по захворюваності населення; відсутність програмного забезпечення для проведення статистичного обліку в новій системі електронній документації, який зазвичай супроводжує ІСРС-2; невизначеність подальшого застосування ІСРС-2 у зв'язку з появою у світі ІСРС-3.

Наявність перелічених недоліків системи управління якістю первинної медичної допомоги на даний момент підтверджується аналізом річних звітів НСЗУ за 2018-2021 роки, які свідчать про однобічність оцінки якості первинної медичної допомоги, продовжуючи аналізувати лише якість структури та фінансування первинної медичної допомоги, хоча спроби впровадження якості за відсотком вакцинованих свідчать про впровадження елементів аналізу якості процесу первинної медичної допомоги. Аналіз основних показників звітів НСЗУ за 2019-2021 рр. вказує на позитивні тенденції показників та покращення охоплення первинною медичною допомогою (збільшення кількості призначених пацієнтів), покриття доступних ліків за програмою реімбурсації (збільшення кількості виписаних та викуплених рецептів), позитивні тенденції у впровадженні електронних записів і рецептів, а також покращення фінансування пакету «Первинна медична допомога» та програми «Доступна Медикайд».

Крім того, судячи зі звітів НСЗУ, з 2021 року розпочато моніторинг та аналіз даних щодо кількості пацієнтів, на яких створено електронні медичні записи, аналіз кількості взаємодій, епізодів обслуговування пацієнтів, аналіз кількості виданих направлень, кількості діагностичних звітів та обстежень, кількість процедур, щеплень, створених планів лікування, що свідчить про впровадження моніторингу якості процесу надання первинної медичної допомоги. Також з 2021 року можна відзначити початок моніторингу першого показника якості медичної допомоги. Перший показник якості медичної допомоги (вимоги до пакету послуг програми медичних гарантій у 2021 році) – показник рівня вакцинації з цільовим рівнем охоплення першою дозою вакцини дітей з 1 до 6 років – 94% для когорти щеплених проти паротиту та краснухи дітей).

Узагальнюючи систему управління якістю первинної медичної допомоги у 2016-2021 рр., можна виділити низку сильних і слабких сторін, а також можливостей і перешкод для її формування ефективної системи управління якістю, визначених у SWOT-аналізі та представлених у табл. 2.2.

Перспективними напрямками розвитку системи управління якістю первинної медико-санітарної допомоги, на нашу думку, є використання можливостей щодо: підвищення якості первинної медико-санітарної допомоги та формування Національної політики та стратегії управління якістю медичної допомоги; належне оснащення закладів первинної медико-санітарної допомоги; удосконалення електронного документообігу, уніфікований підхід до збору даних для аналізу – єдина для всіх електронних амбулаторних карт, система запису даних; впровадження та моніторинг індикаторів якості медичної допомоги на державному рівні; запровадження телемедицини для покриття універсальних послуг; підвищення доступності первинної медичної допомоги та рівності доступу до первинної медичної допомоги; підвищення якості підготовки та кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги; розширення фінансування та обсягів пакету гарантованих медичних послуг.

SWOT-аналіз забезпечення системи управління якістю первинної медичної допомоги у 2021 рр.

Сильні сторони	Слабкі сторони
<p>Автономність закладів – управління згідно з колективним договором</p> <p>Фінансування в капітальному розмірі за окремим пакетом медичних послуг</p> <p>Фінансування за принципом гроші ходять за пацієнтом</p> <p>Запровадження міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (International Classification for Primary Care – ICPC).</p> <p>Електронна документація.</p> <p>Розробка обсягів та вимог до первинної медичної допомоги.</p> <p>Безкоштовний, гарантований державою пакет послуг.</p> <p>Нова система звітності.</p> <p>Запровадження показника якості щеплень.</p> <p>Вибір установами міжнародних протоколів з формуванням локальних протоколів.</p> <p>Навчання кадрів набуло нової форми.</p>	<p>Відсутність детального комплексного аналізу стану охорони здоров'я до реформи.</p> <p>Недостатнє фінансування первинної медичної допомоги (2021 рік – 4,2% ВВП), відсутність стимулів та фінансування для розвитку інфраструктури первинної медичної допомоги.</p> <p>Пакет послуг залежить від річного держбюджету.</p> <p>Невелика норма капіталу.</p> <p>Фінансування розподіляється на весь персонал закладу, а не на лікаря, який надає допомогу.</p> <p>Зловживання керівництвом впливом на розподіл коштів, відсутність мотивації до надання якісних медичних послуг.</p> <p>Залежність розміру безкоштовного гарантованого пакету медичних послуг від річного державного бюджету та економічного стану.</p> <p>Невідповідність якості підготовки персоналу міжнародним вимогам.</p>
Можливості	Загрози
<p>Створення національної політики та стратегії управління якістю медичних послуг.</p> <p>Збільшити фінансування – з 7% ВВП до 30% на первинну медичну допомогу.</p> <p>Належне оснащення об'єктів ПМД.</p> <p>Вдосконалення електронного документообігу, уніфікований підхід до збору даних для аналізу – уніфіковано для всіх електронних амбулаторних документів, системи форм даних.</p> <p>Запровадження та моніторинг індикаторів якості медичної допомоги на державному рівні.</p> <p>Впровадження телемедицини. Покращення доступності та рівності в доступі до первинної медичної допомоги.</p> <p>Підвищення якості підготовки персоналу первинної медико-санітарної допомоги та кадрового забезпечення; розширення фінансування та обсягу пакету гарантованих медичних послуг. Розробка способів мотивації персоналу до надання якісних медичних послуг.</p>	<p>Недотримання міжнародних підходів, визначених ВООЗ щодо формування національної політики та стратегії управління якістю медичних послуг.</p> <p>Недостатнє фінансування медичної реформи.</p> <p>Необхідність фінансових витрат на ліцензування IMRS-3 та програмного забезпечення, вдосконалення електронної системи охорони здоров'я.</p> <p>Недотримання міжнародних вимог підготовки кадрів через подальше скорочення державного фінансування.</p> <p>Відсутність політичної волі та розуміння необхідності виправлення зазначених слабкостей та недоліків.</p> <p>Зміна вектора трансформації системи охорони здоров'я.</p> <p>Запізніле впровадження інновацій.</p> <p>Опір з різних сторін.</p>

Загрозами для впровадження цих перспектив можуть бути обмежене фінансування, зміна вектора трансформації системи охорони здоров'я, затримка впровадження інновацій, опір різних сторін, недотримання міжнародних підходів, визначених ВООЗ для створення Національної політики та стратегії якості. управління медичними послугами, недостатнє фінансування медичної реформи – невиконання міжнародних вимог щодо виділення 7% ВВП і до 30% на первинну медичну допомогу; необхідність фінансових витрат на ліцензію на ІСРС-3 та програмне забезпечення, вдосконалення електронної системи охорони здоров'я, невідповідність міжнародним вимогам щодо підготовки медичного персоналу у зв'язку з подальшим скороченням державного фінансування, відсутність політичної волі. та розуміння необхідності виправлення зазначених слабкостей і недоліків.

Крім того, враховуючи зміни, які впроваджує реформа, та сучасні рекомендаційні документи ВООЗ, актуальним є питання підвищення якості підготовки лікарів первинної ланки та наукового персоналу відповідно до міжнародних стандартів, розроблених Всесвітньою організацією сімейних лікарів WONCA та Європейською організацією сімейних лікарів WONCA. Асоціація викладачів сімейної медицини EURACT – уніфікована програма та вимоги сімейних лікарів (2018), Стандарт післядипломної освіти сімейних лікарів WONCA (2016), із зазначенням необхідності збільшення терміну проходження ординатури (інтернатури) за спеціальністю загальна практика – сімейна медицина з 3 до 5 років.

Окремі елементи вищезазначених перспектив подальшого розвитку системи управління якістю первинної медичної допомоги відображені в проекті Закону України № 6634 від 22.06.2017 «Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини», розробленому за нашої участі у співавторстві. – авторство з народними депутатами та науково-педагогічним складом Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупик. [21-23].

Висновки до другого розділу

Основним методом контролю якості медичної допомоги є медична ревізія (експертиза), яка проводиться на відомчому рівні. Якість медичної допомоги оцінюється переважно за кількісними показниками, розробленими державною статистичною службою, та показниками медичних закладів, що відображають обсяги наданої допомоги, зокрема захворюваність, інвалідність, смертність, план виконання ліжко-днів, річний план зайнятості, оборотність ліжка тощо. Слід зазначити, що найбільша увага приділяється контролю тимчасової та стійкої втрати працездатності. Стимулювання якісної праці медичних працівників має не економічний, а переважно моральний статус.

Доведено, що експертна діяльність з оцінки якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я потребує вдосконалення відповідно до сучасних потреб діяльності медичних закладів на основі механізмів ліцензування, акредитації закладів охорони здоров'я, атестації персоналу. , стандартизація медичної допомоги на принципах доказової медицини.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту

Аналіз існуючої системи контролю та управління якістю медичної допомоги свідчить про відсутність у переважній більшості закладів охорони здоров'я України механізмів постійного підвищення якості медичної допомоги: системи моніторингу, внутрішнього аудиту, навчання персоналу. , мотивація не працює. Структурна складова системи управління якістю медичної допомоги є недосконалою.

Формування набору детермінант у системі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я створює каркас можливих напрямів підвищення якості медичної допомоги.

На рис. 3.1 представлені результати побудови системи основних факторів якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я України, яка складається з чотирьох груп факторів.

Відповідно, ми сформували таку систему багаторівневих стратегій забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, яка комплексно інтегрує можливі напрями підвищення якості медичної допомоги в Україні:

1) ресурсні стратегії, що передбачають екстенсивне використання факторів виробництва в охороні здоров'я (обладнання, персонал, фінанси). До них відносяться: стратегія кількісного та якісного збільшення основних засобів закладів охорони здоров'я; стратегія підвищення професійного та кількісного зростання медичного персоналу; стратегія збільшення фінансування. Такі стратегії можна застосовувати за умови достатньої кількості грошей. Окремі елементи цих напрямів розвитку у сфері якості медичної допомоги (наприклад, підвищення професійного рівня медичного

персоналу закладів охорони здоров'я) можуть бути застосовані при реалізації інших груп стратегій;



Рис. 3.1. Основні фактори забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я України

2) управлінські/організаційні стратегії на державному рівні, спрямовані на модернізацію самої системи охорони здоров'я та пов'язані зі зміною механізмів фінансування, управління та підходів до лікування пацієнтів;

3) стратегії зміни поведінки населення (пацієнтів), пов'язані з формуванням здоров'язбережувальних мотивацій. Вони спрямовані на

формування відповідального ставлення населення до свого здоров'я та передбачають ефективну комунікацію для досягнення стійких змін у поведінці шляхом цілеспрямованих взаємодій (рекомендацій);

4) стратегії управління/організації на рівні закладу охорони здоров'я, що передбачають використання процесів внутрішнього аудиту, стандартизації, бенчмаркінгу, мотиваційних факторів тощо як основи для підвищення ефективності управління якістю медичної допомоги.

Розглянувши чотири групи факторів системи основних детермінант якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я України, ми дійшли таких висновків:

1) чинники групи «управління/організація на державному рівні» динамічно розвиваються та впливають на процеси забезпечення якості медичної допомоги. Таким чином, запроваджено процедури контролю якості, які є вертикально організованою функціональною системою, що включає всі рівні управління – від МОЗ до окремих медичних установ; прийнято Галузеву програму стандартизації медичної допомоги до 2020 року «Єдина методологія розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (диспансерних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини. розроблено та впроваджено Державний лікарський довідник;

2) сучасний економічний стан унеможливорює суттєве збільшення ресурсної складової для підвищення якості медичної допомоги, тому актуальними є питання ефективного використання ресурсів;

3) зміна настрою населення на користь здоров'я зберезувальних мотивацій вимагає тривалого часу (10-20 років і більше);

4) запровадження системи управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, на нашу думку, є найбільш актуальним і перспективним напрямком швидких змін у покращенні якості медичної допомоги, оскільки заклад охорони здоров'я сьогодні має значний потенціал

для динамічного розвитку. і гнучке реагування на зміни потреб у медичній допомозі в якості, що не використовується повністю.

Розроблений нами організаційно-методичний підхід до управління якістю медичної допомоги передбачає циклічну оцінку якості надання медичних послуг у сфері охорони здоров'я та функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги, представленої на рис. 3.2.

Основними елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги (умовно-постійна складова); середовище забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та цикл аудиту (умовно-варіативна складова).

Існуючий рівень якості медичної допомоги в охороні здоров'я визначає зміст і тематику внутрішнього аудиту якості. У свою чергу, ефективність циклу внутрішнього аудиту залежить від існуючого середовища забезпечення якості медичної допомоги: мотиваційної та структурної складової, що змінюється під впливом управлінських рішень, прийнятих за результатами кожного циклу аудиту; та нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

На основі внутрішнього аудиту ми сформуваємо наступну послідовність організації системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Перш за все, на основі стандартизації в охороні здоров'я створюється нормативно-правова база управління якістю медичної допомоги (локальні клінічні протоколи, накази, методичні рекомендації, маршрути пацієнтів, внутрішні технологічні стандарти, форми для опитування, річні плани тощо). розроблений).

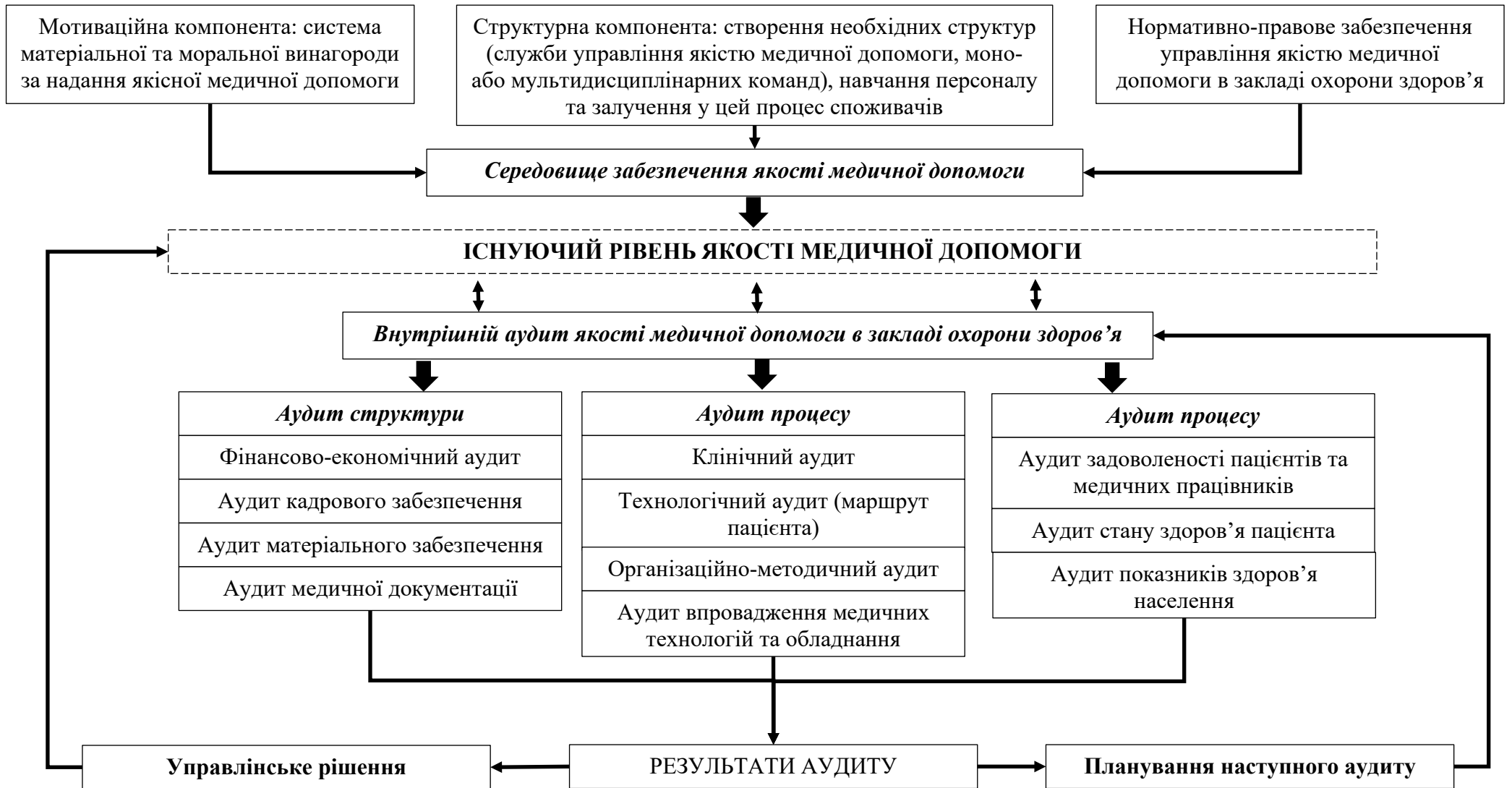


Рис. 3.2. Модель системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту

Одночасно з нормативно-правовою базою заклад охорони здоров'я створює середовище, що сприяє постійному підвищенню якості медичної допомоги, що включає:

керівництво керівництвом;

проведення загальних зборів команди з роз'ясненням цілей та принципів концепції постійного підвищення якості медичної допомоги (доброзичливість, конфіденційність, використання вже наявних даних, відсутність покарань чи звинувачень за результатами аудиту);

створення структурної складової постійного підвищення якості медичної допомоги: необхідних моно – або мультидисциплінарних груп, до яких за розпорядженням головного лікаря можуть залучатися працівники різних структурних підрозділів закладу охорони здоров'я, споживачі медичних послуг; забезпечення навчання персоналу;

формування мотиваційної складової системи постійного підвищення якості медичної допомоги: системи матеріальної та моральної винагороди за надання якісної медичної допомоги та участь у мультипрофільних групах.

Створення середовища, сприятливого для постійного підвищення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, передбачає реалізацію заходів щодо зміни ставлення в колективі до проблем якості медичної допомоги (проведення бесід між адміністративно-управлінським персоналом у формі нарад, семінарів тощо; широкі) використання традиційних форм роботи: ранкові конференції у відділеннях, клінічні конференції, засідання лікарських комісій, де питання управління якістю мають стати пріоритетними тощо.

Однією з умов успішної реалізації політики якості є формування у персоналу медичної організації мотивації до якісного виконання роботи та активної участі в процесах управління якістю.

Існуючі сприятливі умови для постійного підвищення якості медичної допомоги дозволяють проводити внутрішній аудит.

Для підвищення ефективності практичної реалізації механізму внутрішнього аудиту в охороні здоров'я пропонуємо наступну класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу та перевірки.

Перша група – структурний аудит – включає такі види: фінансово-господарський аудит, кадровий аудит, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації.

Критеріальною основою типів структури аудиту є: фінансово-економічний аудит – медико-економічні норми та розрахунки; кадровий аудит – необхідна кваліфікаційна та нормативна укомплектованість медичного закладу; аудит матеріального забезпечення – таблиці оснащення закладів охорони здоров'я, що визначають необхідний мінімальний перелік обладнання, обладнання та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги та клінічних випробувань.

Друга група – аудит процесів – включає такі види: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит впровадження медичних технологій і обладнання.

Критеріальною основою для видів аудиту процесу є: клінічний аудит – локальні клінічні протоколи, що визначають обов'язкові дії щодо профілактики, діагностики та лікування на основі доказової медицини; технологічний аудит – показники локальних клінічних протоколів, результати хронометражу етапів надання медичної допомоги та тривалості міжетапних періодів, кращих стандартів медичної практики закладів охорони здоров'я, встановлених експертним висновком; організаційно-методичний аудит – організаційно-методичне та нормативно-правове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, дотримання виконавської дисципліни, комп'ютеризація, використання інформаційно-комунікаційних технологій; аудит впровадження медичних технологій та обладнання – показників ефективності охорони здоров'я.

Третя група - аудит результатів - включає такі види: аудит задоволеності пацієнтів і медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнтів, аудит показників здоров'я населення.

Думка пацієнтів і медичних працівників є основою порівняння в аудиті задоволеності пацієнтів і медичних працівників.

Критеріальною базою для аудиту показників здоров'я населення є статистична звітність. Огляд статистичних звітів дозволяє порівнювати показники, виводити динамічні ряди з метою дослідження рівня якості наданої медичної допомоги.

Вибір виду внутрішнього аудиту та критеріальна база визначають особливості його проведення, а саме: - відбір спеціалістів, що входять до складу робочої групи; обсяг первинної документації щодо збору інформації; елементи внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я, що потребують змін. Тобто ефективність внутрішнього аудиту визначається функціонуванням існуючої моделі системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Цикл внутрішнього аудиту якості медичної допомоги складається з п'яти етапів: - планування; підготовка аудиту; проведення аудиту; впровадження змін; а також моніторинг і оцінка реалізацій, кожна з яких використовує певні інструменти управління якістю.

На першому етапі внутрішнього аудиту – плануванні, заклад охорони здоров'я видає наказ про проведення внутрішнього аудиту, в якому зазначає мету та завдання аудиту.

Вибір теми є найважливішим етапом внутрішнього аудиту. Тематика аудиту має бути актуальною та локальною, спрямованою на вдосконалення клінічних, соціальних, епідеміологічних, профілактичних та інших аспектів охорони здоров'я. Тему аудиту зазвичай визначає головний лікар, орієнтуючись на статистичні дані, результати моніторингу задоволеності пацієнтів, протоколи, дані аналізу скарг.

Наприклад, проблемою може бути збільшення випадків ускладнень у хворих на артеріальну гіпертензію протягом року, збільшення середньої норми ліжко-днів у післяопераційних хворих, низький рівень відвідуваності сімейних лікарів диспансерних хворих, збільшення кількості скарг. Потім встановлюються мета та завдання внутрішнього аудиту, які мають відповідати таким критеріям: бути конкретними (наприклад, зменшити кількість післяопераційних ускладнень); вказати цільову аудиторію або систему, на яку він спрямований (для хворих на артеріальну гіпертензію); бути вимірними (час перебування пацієнта в приймальні); вказати термін, протягом якого планується покращити якість наданої медичної допомоги.

Етап підготовки аудиту передбачає: а) вибір методології: аналіз первинної документації, звітів, відповідність лікувального процесу локальним протоколам, стандартам, моніторинг думок пацієнтів тощо; б) визначення стандартів та показників якості медичної допомоги за даною темою.

Індикаторами можуть бути показники, зазначені в офіційних протоколах або самостійно розроблені в закладі охорони здоров'я.

Стандартами можуть бути настанови з клінічної практики, клінічні протоколи, які є покроковими інструкціями щодо виконання певної процедури (наприклад, протоколу переливання крові), індикатори кращої практики тощо.

На етапі аудиту аналізується накопичена інформація, виявляються недоліки і вузькі місця в організації медичної допомоги в закладі охорони здоров'я; розробляються та надаються пропозиції щодо вдосконалення існуючої медичної практики, які оформляються протоколом засідання мультидисциплінарної бригади.

Для оптимального вивчення процесу, що підлягає аудиту, та відбору членів мультидисциплінарної команди бажано графічно зобразити основні етапи процесу, який планується вдосконалити, що дозволяє дослідити всі етапи та взаємозв'язки надання медичної допомоги. Також бажано розташувати процес у логічній послідовності.

На нашу думку, особливу увагу слід приділити відстеженню тривалості та вдосконаленню управління міжетапним інтервалом, оскільки більшість пацієнтів відзначають незадовільну організацію саме міжетапних інтервалів надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я (очікування). в чергах в амбулаторії; в очікуванні початку лікування); в зоні прийому гостей; очікування оформлення документації тощо).

Побудова маршруту пацієнта дає змогу чітко визначити виконавців, які потім можуть бути включені до мультидисциплінарної команди, виявити проблемні осередки у забезпеченні якості медичної допомоги.

У процесі надання медичної допомоги слід звернути увагу на такі кроки:

Дублюючі (наприклад, вимірювання артеріального тиску та температури лікарем і медсестрою; проведення повторних лабораторних та інструментальних обстежень у планових стаціонарів);

незрозумілі (наприклад, невідомо, що відбувається з пацієнтом після виписки з лікарні або після амбулаторного лікування);

«балонні симптоми» (наприклад, пацієнта з неясним діагнозом направляють до різних спеціалістів, хоча один лікар міг призначити більшість обстежень);

симптоми «здавленого горла» – симптоми скупченості, роботи тощо (наприклад, у дверях рентгенкабінету часто стоїть черга);

непотрібні дії (наприклад, пацієнта просять пройти неспецифічні аналізи під час профілактичного огляду; непотрібні консультації спеціалістів).

Після збору даних мультидисциплінарна команда аналізує та інтерпретує дані.

На етапі впровадження змін видається наказ по закладу про результати внутрішнього аудиту та пропозиції щодо підвищення якості медичної допомоги з визначенням строку повторного аудиту. Після виконання впровадження фіксуються виникаючі проблеми.

Останній етап аудиту включає моніторинг та оцінку впровадження. Тобто після впровадження заходів важливо продовжити моніторинг та збір

даних для виявлення позитивних чи негативних наслідків системного впровадження певного заходу в закладі охорони здоров'я. На цьому етапі формується остаточна оцінка ефективності внутрішнього аудиту та закріплюються досягнуті покращення в установі. Для цього потрібно порівняти дані моніторингу до та після події, визначити, чи покращилися показники, визначити відповідність запланованому процесу, перевірити, чи все зафіксовано, узагальнити та зробити висновки.

На основі висновків мультидисциплінарна команда повинна прийняти рішення про внесення змін до заходу; визначити, які зміни необхідно внести; якщо поліпшень немає, оцініть отриманий результат; за наявності покращення визначити можливість його поширення та закріплення у власній практиці закладу охорони здоров'я.

3.2. Рекомендації щодо поліпшення оцінки якості медичних послуг

Прагнення України до інтеграції в Європейське співтовариство сприяє реформуванню соціальної сфери, зокрема охорони здоров'я. Причина – невідповідність сучасного рівня надання медичних послуг встановленим вимогам до цих послуг у ринкових умовах. Відсутність належного фінансування сфери охорони здоров'я, механізму впливу на якість медичної допомоги та управління цим процесом дозволяє стверджувати про необхідність переходу від діючої бюджетної системи охорони здоров'я до змішаної системи фінансування, яка включатиме медичну страхування. Значну увагу в контексті цього процесу слід приділити математичній оцінці якості медичних послуг.

Роботу медичних закладів, організаційно-правову структуру управління ними необхідно проаналізувати з точки зору особливостей функціонування окремих закладів, кадрового забезпечення та форм власності. Проте, на нашу думку, особливу увагу слід звернути на такі елементи управління економікою, як прогнозування та планування. Зокрема, при переході від директивного до рекомендаційного планування/управління охороною здоров'я відбувається: збалансований розрахунок її потреб у фінансових ресурсах; визначення

очікуваних доходів; створення механізму ефективного функціонування служб, у тому числі системи охорони здоров'я в цілому.

Це дає підстави стверджувати про необхідність реформування галузі, оскільки суто бюджетне фінансування та командно-адміністративне управління галуззю, по-перше, є неефективним, а, по-друге, в умовах функціонування ринкових відносин в економіці держави неможливе. При цьому реформування існуючої системи охорони здоров'я має відбуватися поетапно з вирішенням комплексу питань.

Однією з найважливіших проблем охорони здоров'я є її фінансування. Сьогодні можливі чотири форми функціонування системи охорони здоров'я: державна, приватна, страхова та змішана. В Україні можливе повноцінне функціонування всіх зазначених варіантів, так чи інакше пов'язаних із джерелами фінансування. При цьому основними завданнями економіки охорони здоров'я є: пошук альтернативних джерел фінансування галузі; розроблення загальнодержавних програм його розвитку; ефективне використання наявних коштів.

У центрі уваги економіки охорони здоров'я має бути процес переходу від державного бюджетного фінансування до бюджетно-страхового. Основним завданням науки є розробка рекомендацій щодо мінімізації негативних сторін цього процесу. Джерелами фінансування філії можуть бути як кошти бюджетів усіх рівнів, так і інші надходження.

Забезпечення якості медичних послуг є предметом діяльності багатьох закладів охорони здоров'я, як національного, так і обласного та районного рівнів.

Регулювання державної діяльності у сфері охорони здоров'я здійснюється за такими напрямками: поліпшення здоров'я населення; забезпечення прозорого та рівного доступу всіх громадян до першої медичної допомоги, що фінансується з державного бюджету; підвищення якості медичних послуг; забезпечення фінансової рівноваги в існуючій системі

охорони здоров'я; розвиток сучасного та конкурентоспроможного сектора медицини.

Реалізація зазначених цілей можлива в межах створеного законодавчого поля. Це ж стосується і якості медичних послуг.

Заяви офіційних осіб про готовність України перейти на обов'язкове медичне страхування носять більш декларативний характер. Разом з тим наголошується, що "...закон про загальнообов'язкове державне медичне страхування передбачається запровадити як третій етап реформування галузі, яка зараз перебуває на початковій стадії. Навіть якщо закон ухвалено сьогодні, це не Тобто завтра він буде реалізований, адже перед цим необхідно провести величезну роботу, щоб створити всі необхідні передумови для його функціонування». [1].

Перед подальшим реформуванням галузі, яке є неминучим, необхідно розробити повний пакет правового забезпечення обов'язкового медичного страхування. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» в абзаці четвертому пояснювальної записки, що стосується нормативно-правової бази у цій сфері правового регулювання, ґрунтується на Конституції України, «Основах законодавства України про загальнообов'язкове державне медичне страхування». соціального страхування", Закону України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасних випадків на виробництві та професійного захворювання, спричинених втратою працездатності", Закону України "Про збір та облік е [2]. Зазначені нормативно-правові акти в процесі їх застосування щоразу доводили їх недосконалість або невідповідність вимогам часу, про що свідчать неодноразові зміни до законодавства.

Постає питання про ефективність майбутньої системи загальнообов'язкового медичного страхування. Відсутність досконалої законодавчої бази доповнюється проблемою відсутності механізму контролю обсягів медичних послуг та виключення зловживань щодо малозабезпечених верств населення.

Світова практика страхової медицини демонструє можливість оцінки якості медичних послуг, що надаються пацієнтам, та кваліфікації медичного персоналу. Останній аргумент в Україні потребує радикального перегляду. Іншими словами, відповідно до наказу МОЗ України від 28 квітня 2009 року № 283 «Про підвищення кваліфікації та підвищення кваліфікації медичних працівників екстреної та невідкладної медичної допомоги» підвищення кваліфікації лікарів з екстреної медичної допомоги, фельдшерів (фельдшерів) станцій екстреної медичної допомоги проводити не рідше одного разу на п'ять років, а медичні працівники повинні проходити цикли тематичного удосконалення, інформаційні курси та стажування з екстреної та невідкладної медичної допомоги.

Такий підхід до підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників може заважати наданню якісних послуг, оскільки нові форми захворювань в країні, як і у світі, з'являються частіше, ніж регламентований термін перепідготовки кадрів. МОЗ України оприлюднило дані, згідно з якими майже 8 тисяч лікарів не пройшли переатестацію. В європейській спільноті це автоматично означало б позбавлення права займатися лікарською діяльністю. Однак жодна з цих осіб не була відсторонена від виконання своїх обов'язків. Сам по собі цей факт є свідченням відсутності встановленого впливу на медичних працівників у вирішенні цього питання. Сьогодні в Кримінальному кодексі України є 15 статей, за якими лікарі можуть нести відповідальність, але це скоріше винятки, ніж правило. Навіть якщо провину медичних працівників доведено, ніхто з них не поніс покарання та не позбавлений права займатися лікарською діяльністю. Слід зазначити, що нещодавно була створена Асоціація лікарів з метою:

- розробляти та вносити на розгляд органів законодавчої та виконавчої влади пропозиції щодо вдосконалення системи охорони здоров'я та медичного обслуговування населення;

- вирішувати професійні, соціальні, правові питання діяльності учасників об'єднань;

- проводити атестацію на присвоєння категорії лікаря;
- узагальнення передового досвіду практикуючих лікарів та новаторів боротьби з хворобами;
- сприяння розробці навчальних планів і програм навчання медичних дисциплін у вищих навчальних закладах 1-м рівнів акредитації [4].

Створенню асоціації лікарів сприяв брак якісних медичних послуг. У світі асоціації лікарів – це дійсно впливові організації, які захищають як права пацієнтів, так і права лікарів. Несформованість ринку медичних послуг в Україні, відсутність чесної конкуренції, використання правил професійної етики, механізму забезпечення прозорості роботи асоціації (за можливості паралельний медичний аудит та усвідомлення відповідальності перед законом) ставлять під сумнів доцільність про існування такого органу. Скоріше йдеться про створення ще однієї ланки у спрощенні видачі сертифікатів та ліцензій та захисті репутації колег.

Враховуючи наведені факти та декларативний характер законопроектів та наказів щодо якості надання медичних послуг, на практиці необхідно забезпечити імплементацію задекларованої нормативно-правової бази, дотримання якої піднесе існуючу систему охорони здоров'я та сприятиме її реформуванню.

Відповідно до наказу МОЗ «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги» від 26.03.2009 р. якістю медичної допомоги вважається належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) виконання всіх діяльність, безпечна, раціональна, прийнятна за засобами, що впливають на смертність, захворюваність та інвалідність. Цей документ проголошує, що управління якістю є скоординованою діяльністю, яка полягає у спрямуванні та контролі системи охорони здоров'я на всіх рівнях за якістю медичної допомоги [5].

Кількісну оцінку якості наданих медичних послуг необхідно формувати на основі найбільш значущих критеріїв і визначати їх вагу в загальній оцінці. Для зручності аналізу та подальшого ранжування критерії оцінки якості

медичних послуг можна подати у вигляді схеми (рис. 3.2). Наведені вище критерії поділяються на п'ять груп за схожістю та спрямованістю:

1) професійні критерії - визначають здатність лікаря (медичного персоналу, який здійснює лікування) надавати належну медичну допомогу та підтверджують рівень його кваліфікації. Чисельна оцінка цієї групи повинна бути зроблена фахівцями в цій галузі;

2) критерії доступності медичних послуг - група, що характеризує легкість і простоту «доступу» пацієнтів для отримання необхідних медичних послуг. Оцінка цих критеріїв повинна здійснюватися працівниками медичного закладу;

3) критерії обслуговування - критерії, що визначають рівень обслуговування пацієнтів. Оцінку цих критеріїв мають здійснювати безпосередньо самі пацієнти під час або одразу після отримання медичних послуг;

4) комунікативні критерії - група, що характеризує, як правило, аспекти ознайомлення з медичним закладом, обрані методи лікування, комунікабельність медичних працівників тощо. Оцінку даних критеріїв здійснюють пацієнти;



Рис. 3.2. Узагальнена методика розрахунку якості надання медичних послуг

5) критерії престижності медичного закладу - формують імідж закладу, рівень його впізнаваності серед інших закладів подібного профілю, є підтвердженням інноваційності та сучасності лікарні (поліклініки). Їх визначає персонал медичного закладу, оскільки тільки він володіє цією інформацією.

На рис. 3.2 показано різну кількість критеріїв у різних групах. У разі потреби вони можуть бути збільшені або навпаки зменшені з урахуванням специфіки та особливостей закладу охорони здоров'я, особливостей надання окремих видів медичної допомоги. Для оцінки якості медичних послуг їх можна використовувати комплексно або вибірково.

Першим кроком до отримання чисельної оцінки якості медичних послуг є ранжування критеріїв. У цьому випадку необхідно визначити як ранг окремого критерію в групі, так і ранг групи критеріїв у цілому.

Наступним кроком для отримання чисельної оцінки якості медичних послуг є присвоєння кожному критерію власної оцінки K за певною шкалою. Десятибальна шкала є найбільш оптимальною для застосування та подальшої математичної обробки. Максимальне значення «10» за цією шкалою присвоюється критеріям, які повністю впроваджуються/забезпечуються медичним закладом, а мінімальне значення «0» – коли критерій не виконується.

Для присвоєння числових балів критеріям, а також для визначення їх вагових коефіцієнтів найдоцільніше використовувати метод експертних оцінок. Роль експертів у цьому випадку можуть виконувати різні групи людей, залежно від критеріїв, які оцінюються:

- медичні працівники, обслуговуючий персонал лікувального закладу, який безпосередньо здійснює лікування;
- медичні працівники, обслуговуючий персонал суміжних медичних закладів, спеціально запрошені для незалежного оцінювання;
- безпосередньо пацієнти медичного закладу;
- сторонні спеціалісти у сфері функціонування медичних закладів.

Використання формул з великою кількістю критеріїв (наприклад, запропонованих на рис. 3.2) передбачає виконання монотонних повторюваних

обчислень. Спрощення перерахованих вище математичних операцій можна досягти за допомогою використання як спеціалізованих, так і стандартних математичних програм. Найбільш оптимальним у цьому випадку є використання стандартного табличного редактора Microsoft Excel.

З урахуванням вихідних даних у вигляді матриць вагових коефіцієнтів та числових значень критеріїв у межах групи в редакторі Microsoft Excel розроблено таблицю, яка дозволяє автоматизувати процес розрахунку якості медичних послуг за математична модель.

На основі аналізу наукової літератури пропонуємо таку шкалу лінгвістичної оцінки отриманого числового значення:

$Q > 90$ – відмінна;

$85 < Q < 90$ – дуже добра;

$80 < Q < 85$ – добра;

$75 < Q < 80$ – прийнятна (достатня);

$Q < 75$ – недостатня.

Значення цього діапазону вимагає негайного реагування, спрямованого на пошук причин низької якості та можливості її покращення.

Запропонована математична модель розрахунку якості медичних послуг дозволить закладам охорони здоров'я розраховувати спектр якості наданих медичних послуг на основі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами.

Серед зовнішніх методів забезпечення високої якості медичних послуг акредитація є найпоширенішим у світі та найефективнішим. Його роль полягає у пошуку проблем у сучасних системах охорони здоров'я, які мають (можуть) найбільше впливати на безпеку пацієнтів. З огляду на це у світі розроблено критерії оцінки закладів охорони здоров'я, тобто стандарти акредитації. У світовій практиці ці нормативи мають динамічний характер, підлягають певним модифікаціям залежно від швидкості отримання бажаного результату.

Найцікавішим елементом системи акредитації є те, що окрема лікарня може проводити самооцінку за зразками найкращих ефектів у галузі, які вказані

в стандартах акредитації. Виявлення слабких місць таким чином повинно допомогти виправити прогалини в лікувальному закладі.

Система управління якістю шукає та дозволяє контролювати інфраструктуру, проведення закупівель, вимагаючи створення техніко-організаційних та економічних умов для постійного вдосконалення. Важливо запобігти неузгодженості між прийнятими процедурами та існуючими інструкціями. Стандарт 180 9001:2000 вимагає не тільки ефективного впровадження та підтримки ефективної системи управління, але й постійного її вдосконалення. Акредитація та 180 для закладів охорони здоров'я є підтвердженням якості надання медичних послуг.

Одним із пріоритетів державної соціальної політики в Україні є забезпечення належного рівня медичного обслуговування населення та надання необхідних медичних послуг високої якості.

Висновок до третього розділу

Розроблено систему багаторівневих стратегій забезпечення якості медичної допомоги, що комплексно інтегрують напрями підвищення якості медичної допомоги в Україні. Запропоновано класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу та перевірки для підвищення ефективності практичної реалізації механізму внутрішнього аудиту, а саме: 1) структурний аудит: фінансово-економічний аудит, кадровий аудит, матеріально-технічний аудит, аудит медичної документації; 2) аудит процесів: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит ефективності впровадження медичних технологій; 3) аудит результатів: аудит задоволеності пацієнтів і медичних працівників, аудит здоров'я пацієнтів, аудит здоров'я.

Розроблено організаційно-методичний підхід до управління якістю медичної допомоги, що передбачає функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту. Основними елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги (умовно-постійна складова); середовище забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та цикл аудиту (умовно-

змінна складова). Умовно-постійна складова визначає основні положення процесів управління якістю, умовно-змінна – умови ефективного управління якістю медичних послуг та результативністю внутрішнього аудиту. Ця модель сприятиме підвищенню ефективності прийняття та реалізації управлінських рішень для забезпечення постійного підвищення якості медичної допомоги в охороні здоров'я.

Враховуючи вищевикладене, приходимо до наступних висновків. Для забезпечення декларованих державою принципів надання медичної допомоги необхідно:

Реформувати існуючу галузь охорони здоров'я;

запровадити систему обов'язкового медичного страхування;

акцентувати увагу на важливості основних складових організаційно-економічного механізму регулювання та надання якісних медичних послуг: професійної компетентності працівників, їх орієнтації на пацієнтів; доступність, безперервність, безпечність та ефективність послуг; профілактична спрямованість послуг; мотивація медичних працівників; науково-технічний рівень медичних послуг; зручність послуг; акредитація та ліцензування медичних установ; стандартизація надання медичної допомоги

Удосконалити механізми державного регулювання розвитку приватного сектору охорони здоров'я в Україні, що потребує: забезпечення нормативно-правової бази та формування єдиного медичного простору медичних закладів; запровадження процедур сприяння приватному сектору; розробка та впровадження світових стандартів медичних послуг; створення добросовісної конкуренції на ринку якісних медичних послуг;

сформувати числову оцінку якості медичних послуг на основі найважливіших критеріїв та визначити їх вагу в загальній оцінці;

Запровадити обов'язкову контрактну форму найму медичних працівників;

забезпечити на законодавчому рівні можливість втрати медичними працівниками ліцензії та позбавлення права займатися лікарською діяльністю за умови доведення їх вини.

РОЗДІЛ 4 ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Основні відомості про охорону праці

Громадяни України мають право на охорону праці свого життя і здоров'я в процесі трудової діяльності. Це право визначається і реалізується основними положеннями Закону України "Про охорону праці". Він захищає за допомогою відповідних органів державної влади відносини між власником підприємства, чи установи організації (чи уповноваженим їм органом) і працівником з питань безпеки, гігієни праці і виробничого середовища і встановлює одиничний порядок організації охорони праці в Україні. Законодавство про охорону праці складається з цього Закону, Кодексу законів про працю й інші нормативні акти.

Охорона праці – це система законодавчих актів, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів і засобів, що забезпечують здоров'я і працездатність людини в процесі праці відповідно до ДСТ 12.002-080. Безпека праці – стан умов праці, при якому виключений вплив на працюючих небезпечного і шкідливого виробничого факторів.

Усунення впливу шкідливих небезпечних виробничих факторів, створення здорової повітряної атмосфери в робочій зоні є важливою задачею поряд з рішенням основних питань виробництва.

Закон України "Про охорону праці" від 14 жовтня 1992 року визначає основні положення по реалізації конституційного права громадян на охорону їхнього життя і здоров'я в процесі трудової діяльності, регулює відносини між власниками підприємств, установ і організацій.

Завдання охорони праці – забезпечення безпечних, нешкідливих і сприятливих умов праці через вирішення багатьох складних завдань. Вирішальне значення в розв'язанні цих завдань має науково-технічний прогрес. Використання досягнень науки та техніки сприяє підвищенню рівня безпеки праці, культури та організації виробництва, дозволяє полегшити працю, підсилити її привабливість.

Поліпшенню умов праці сприяє:

- збереження і зміцнення здоров'я трудящих;
- скорочення виробничого травматизму;
- скорочення професійної і виробничої захворюваності;
- тривала підтримка працездатності людини на високому рівні, її якнайшвидше відновлення;
- підвищення кваліфікації кадрів.

Рівень безпеки людини з розвитком цивілізації постійно зростає. Розвиток науки та техніки, в цілому збільшуючи безпеку життєдіяльності людини, призвів до появи цілого ряду нових проблем.

Науковий аналіз виробничих травм доводить, що вони виникають головним чином внаслідок втрати міцності та надійності робочої техніки, небезпечного стану системи "людина – машина – середовище" та ряду технічних факторів. До технічних факторів відносять насамперед надійність техніки (конструктивні недоліки, технологічні та експлуатаційні порушення, руйнування деталей машин під дією корозії та корозійного розтріскування), організацією управління охороною праці (документація, правові норми, стандарти безпеки праці, методи навчання тощо), санітарно-гігієнічні умови в приміщеннях та на робочих місцях (шкідливі речовини в робочій зоні, виробниче освітлення, шум, вібрація, іонізуюче, електромагнітне, ультрафіолетове, лазерне випромінювання тощо).

Для вирішення цієї проблематики використовують досягнення науки і техніки, які прямо чи опосередковано забезпечують охорону праці, а також соціологію, право та економіку, технічну естетику, ергономіку, інженерну та соціальну психологію. Ці дисципліни входять в комплекс наук, які вивчають людину в процесі трудової діяльності.

Сучасне виробництво вимагає, щоб охорона праці базувалася на науково-технічній основі. Останнім рокам характерне широке впровадження у виробництво напівавтоматичних та автоматичних машин, безпечних технологічних процесів з програмним керуванням. Енергетичні функції людини в системі "людина – машина" значно спрощуються. Вони полегшують працю

робітників, роблять її комфортною. Роль людини зводиться до керування та контролю за роботою машин і ходом технологічних процесів.

Тому зрозуміла велика роль охорони праці у сучасних умовах, як суспільний чинник, оскільки, якими б вагомими не були трудові здобутки, вони не можуть компенсувати людині втраченого здоров'я, а тим більше життя – те і інше дається лише один раз. Необхідно пам'ятати, що через нещасні випадки та аварії гинуть на виробництві не просто робітники та службовці, на підготовку яких держава витратила значні кошти, а перш за все люди – годувальники сімей, батьки та матері дітей.

Окрім соціального, охорона праці має, безперечно, важливе економічне значення – це і висока продуктивність праці, зниження витрат на оплату в лікарнях, компенсацій за важкі та шкідливі умови праці тощо.

Впродовж багатовікової історії людства проблеми здоров'я та безпеки праці завжди посідали чільне місце в соціальному та економічному житті суспільства і були пов'язані з розвитком суспільного буття. Цілком зрозуміло, що вивченню питань охорони праці приділялась серйозна увага. Вчені, інженери, лікарі, психологи, представники інших наук та фахів вивчали проблеми створення безпечних та нешкідливих умов та засобів праці. Адже саме за таких обставин людина здатна працювати високопродуктивно, створювати необхідний матеріальний потенціал суспільства, добробут усіх громадян. Тому історично склалось, що охорона праці як галузь науки виникла на перетині соціально – правових, технічних і медичних наук, науки про людину. Головними об'єктами її досліджень є людина в процесі праці, виробниче середовище, організація праці та виробництва. На підставі цих досліджень розробляються заходи та засоби, спрямовані на збереження здоров'я та працездатності людини в процесі праці.

4.2. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в приміщенні виробничого цеху

Людина випробовує вплив виробничих факторів. Ці фактори можуть робити на людину сприятливий і несприятливий вплив. Відповідно до ДСТ

12.0.002-080 несприятливі виробничі фактори можуть бути небезпечними (їхній вплив на працюючого у визначених умовах приведе до травми чи іншому раптовому різкому погіршенню здоров'я) і шкідливими (їхній вплив у визначених умовах приведе до захворювання чи зниження працездатності). Шкідливий виробничий фактор у залежності від рівня і тривалості впливу може стати небезпечним. Класифікація небезпечних і шкідливих факторів визначений ДСТ 12.0.003-74.

Експлуатація ЕОМ супроводжується утворенням ряду шкідливих і небезпечних факторів психофізичного і санітарно-гігієнічного характеру.

Працівники підприємства, праця яких пов'язана з роботою на ЕОМ, піддаються під час роботи впливу наступних шкідливих і небезпечних факторів:

1. Психофізичних: фізичні (статистичні) і нервово-психологічні навантаження, монотонність праці.

2. Санітарно-гігієнічних: підвищення рівня шуму, статичне електричне, електромагнітне випромінювання, підвищення напруг електричних і магнітних полів, недостатня освітленість робочого місця, або підвищена яскравість світла.

Санітарними нормами і правилами встановлені наступні припустимі значення рівня шуму 50 Дб, граничне допустиме напруження електростатичного поля чи на робочому місці при тривалості впливу на людину до однієї години складає 60кв/м.

Інтенсивність повітряних неіонізуючих електромагнітних полів на обслуговуючий персонал залежить від потужності джерела випромінювання, режиму роботи, конструктивних особливостей випромінюючих пристроїв, розташування робочого місця й ефективності захисних заходів.

Гранична припустима напруженість електричної складової електромагнітного поля складає 10 в/м.

Тривалість впливу неіонізуючого електромагнітного випромінювання на організм людини з інтенсивністю, що перевищує гігієнічні нормативи, приводить до функціональних змін з боку нервової, серцево-судинної й інших систем організму. [13; 256]

Травматизм і профзахворювання. Травма – зовнішнє ушкодження організму людини, що відбулося в результаті дії небезпечного виробничого фактору.

Професійне захворювання – захворювання, при якому відбувається внутрішня зміна в організмі людини в результаті дії шкідливого виробничого фактору.

Нещасні випадки підрозділяються:

- легкі;
- середні;
- групові;
- з інвалідним ісходом;
- зі смертельним ісходом.

Професійні захворювання підрозділяються:

- хронічні;
- раптові.

Сукупність виробничих травм називається травматизмом.

Проведені американськими вченими дослідження показують, що перемінні магнітні полюси частотою 60 Гц можуть викликати очні захворювання, злоякісні пухлини, зниження імунного статусу організму. [13; 88-92]

Фізичні перевантаження найчастіше торкаються зорової чи системи кістково-м'язову систему (плечові суглоби, шия, верхня частина спини), що спричиняє остеохондроз.

У цілому, користувач ЕОМ не зіштовхується з якимось особливим психічним чи стресом емоційними проблемами. Дослідження показали одиничні випадки психічних зривів у результаті тривалої роботи на комп'ютері. Проте, рекомендується вживати заходів до запобігання надмірного дискомфорту і стомлення.

У більшості користувачів ЕОМ виникає кістково-м'язовий дискомфорт через статичну напругу м'язів, незручної пози чи часто повторюваних

одноманітних рухів. З метою зменшення імовірності професійних захворювань доцільно приймати наступні профілактичні заходи: забезпечення робочих місць зручними столами і стільцями, ергономічне проектування дисплеїв, клавіатури і підставок для документів, раціональна організація роботи.

Максимальний час роботи тієї чи іншої людини на комп'ютері варіюється, але не повинен перевищувати двох годин підряд. При роботі за комп'ютером варто розташуватися на відстані витягнутої руки від екрана. Сусідні монітори повинні знаходитися від працюючого на відстані не менш 2м.

Основним джерелом ергономічних проблем, пов'язаних з охороною здоров'я людей, які використовують у своїй роботі персональні комп'ютери, є дисплеї з електропроміневими трубками. Вони являють собою джерела найбільш шкідливих випромінювань, що несприятливо впливають на здоров'я операторів.

Існує два типи випромінювань, що виникають при роботі монітора: електростатичне та електромагнітне. Перше виникає в результаті опромінення екрана потоком заряджених часток. Неприємності, викликані їм, пов'язані з пилом, що накопичується на електростатично-заряджених екранах, що діють на користувача під час його роботи за дисплеєм. Результати медичних досліджень показують, що такий електризований пил може викликати запалення шкіри.

Людині, імовірно, уже ніколи не вдасться цілком уникнути пагубного впливу передових технологій, але можна звести його до мінімуму. Більшість проблем вирішується при правильній організації робочого місця, дотриманні правил техніки безпеки і розумному розподілі робочого часу.

Вимоги до мікроклімату. Мікрокліматичні параметри впливають на функціональну діяльність людини, його самопочуття і здоров'я і на надійність роботи засобів обчислювальної техніки. Особливо великий вплив на мікроклімат роблять джерела теплоти, що знаходяться в приміщенні. Основними джерелами теплоти є: ЕОМ, прилади висвітлення, обслуговуючий персонал. Середня величина тепловиділення складає 310 Вт/м^2 . Питома величина тепловиділення від приладів висвітлення складає $35 - 60 \text{ Вт/м}^2$. Кількість теплоти від

обслуговуючого персоналу невелика. Вона залежить від числа працюючих у приміщенні та інтенсивності роботи, виконуваної людиною.

Крім того, на сумарні тепловиділення впливають зовнішні джерела надходжень теплоти. До них відносять теплоту, що надходить через вікна від сонячної радіації, приплив теплоти через непрозорі огорожувальні конструкції.

На організм людини і роботу комп'ютерів впливає відносна вологість повітря. При вологості повітря до 40% стає тендітна основа магнітної стрічки, підвищується знос магнічних голівок, виходить з ладу ізоляція проводів, а також виникає статична електрика при русі носіїв інформації в ЕОМ. При відносній вологості повітря більш 75-80% знижується опір ізоляції, змінюються робочі характеристики елементів ЕОМ, зростає інтенсивність відмовлень елементів ЕОМ. Швидкість руху повітря також впливає на функціональну діяльність людини і роботу високошвидкісних пристроїв печатки.

З метою створення нормативних умов для операторів ЕОМ встановлені норми мікроклімату (ДСТ 12.1.005-88). Ці норми встановлюють оптимальні і припустимі значення температури, відносній вологості і швидкості руху повітря в дисплейних приміщеннях з обліком надлишку явної теплоти, ваги виконуваної роботи і сезонів року.

Під оптимальними мікрокліматичними параметрами прийнято розуміти такі, котрі при тривалому і систематичному впливі на людину забезпечують збереження нормального функціонального і теплового стану організму без напруги реакції терморегуляції, створюють відчуття теплового комфорту і є передумовою високого рівня працездатності.

Припустимі мікрокліматі параметри можуть викликати мінущі і швидкоконормалізуючі зміни функціонального і теплового стану організму і напруги реакцій терморегуляції, що не виходять за межі фізіологічних пристосувальних можливостей, не створюють порушень стану здоров'я, але викликають дискомфортні відчуття, погіршення самопочуття і зниження працездатності.

Вимоги до електробезпечності. Електроустановки, до яких відноситься практично все устаткування ЕОМ, представляють для людини велику потенційну небезпеку, тому що в процесі експлуатації або проведення профілактичних робіт людина може торкнутися частини, що знаходяться під напругою. Специфічна небезпека електроустановок: струмоведучі провідники, корпуси стійок ЕОМ і іншого устаткування, які опинилися під напругою в результаті ушкодження (пробою) ізоляції, не подають яких-небудь сигналів, що попереджали б людину про небезпеку. Реакція людини на електричний струм виникає лише при протіканні остатнього через тіло людини.

Експериментальні дослідження, показали, що людина починає відчувати дратівну дію перемінного струму промислової частоти силою 0,6...1,5 мА і постійного струму 5..7 мА. Ці струми не представляють серйозної небезпеки для діяльності організму людини, тому що при такій силі струмі можливе самостійне звільнення людини від контакту зі струмоведучими частинами, припустиме його тривале протікання через тіло людини.

У тих випадках, коли дратівна дія струму стає настільки сильною, що людина не в змозі звільнитися від контакту, виникає небезпека тривалого протікання струму через тіло людини. Тривалий вплив таких струмів може привести до утруднення і порушення подиху. Для перемінного струму промислової частоти сила струму, що не відпускає, знаходиться в межах 6...20 мА і більш. Постійний струм не викликає ефекту, що не відпускає, а приводить к сильним болючим відчуттям, сила такого струму 15...80 мА і більше.

При протіканні струму в декілька сотих часток Амперів виникає небезпека порушення роботи серця. Може виникнути фібриляція серця, тобто безладні, некоординовані скорочення волокон серцевого м'яза, при цьому в серці не стане гнати кров по судинах, відбувається зупинка кровообігу, після чого впливає повна зупинка серця. Як показують експериментальні дослідження, граничні фібриляційні струми залежать від маси організму, тривалості протікання струму і його шляхів. Розглянуті реакції організму на дії електричного струму дозволили встановити три рівні припустимих струмів (ДСТ 12.1.038-82).

Перший рівень – невідчутний струм, що не викликає порушень діяльності організму і допускається для тривалого (не більш 10 хв. у добу) протікання через тіло людини при обслуговуванні електроустаткуванням. Для перемінного струму частотою 50 Гц він складає 0,3 мА, для постійного – 1 мА.

Другий рівень – струм, що відпускає. Дія такого струму на людину припустимо, якщо тривалість його протікання не перевищує 30 с. Сила струму, що відпускає: для перемінного струму – 6 мА, для постійного – 15 мА.

Третій рівень – фібриляційний струм, що діє короткочасно до 1 с. Сила струму: для перемінного струму – 50 мА, для постійного – 200 мА.

Наведемо характеристику найбільш поширених шляхів струму в тілі людини.

Таблиця 4.1

Характеристика найбільш поширених шляхів струму в тілі людини

Шлях струму	Частота виникнення даного шляху струму, %	Частка потерпілих, котрі втрачали свідомість протягом дії струму, %	Значення струму, що проходить через серце, % від загального струму, що проходить через тіло
Рука – рука	40	83	3,3
Права рука – ноги	20	87	6,7
Ліва рука – ноги	17	80	3,7
Нога – нога	6	15	0,4
Голова – ноги	5	88	6,8
Голова – руки	4	92	7,0
Інші	8	65	-

За цією таблицею можна оцінити за відносною кількістю випадків втрати свідомості протягом дії струму. Небезпеку струму можна оцінити також за значенням струму, що проходить через серце: чим більший цей струм, тим небезпечніша петля.

На даному підприємстві випадків ураження струмом не було.

Важливе значення для запобігання електротравматизму має правильна організація обслуговування діючих електроустановок, проведення ремонтних і профілактичних робіт, які здійснюються за допомогою наступних мір: доступ до роботи, нагляд під час роботи, відключення під час ремонту, вивішування

попереджувальних плакатів і знаків безпеки, перевірка відсутності напруги, накладення заземлення.

При дотику до кожного з елементів ЕОМ можуть виникнути розрядні струми статичної електрики. Такі розряди не представляють небезпеки для людини, однак можуть привести до виходу з ладу ЕОМ. Для зниження величин виникаючих зарядів у дисплейних залах застосовують покриття технологічних підлог з одношарового ПВХ антистатичного лінолеуму марки АСІ. Ще одним методом захисту є нейтралізація статичної електрики іонізованим газом. Можна також застосувати загальне і місцеве зволоження повітря.

Вимоги до освітлення. Правильно спроектоване і виконане освітлення забезпечує високу працездатність, робить позитивний психологічний вплив на працюючих, сприяє підвищенню продуктивності праці. Про важливість питання освітлення для дисплейних залів говорить той факт, що основний обсяг інформації (близько 90%) оператор одержує по зоровому каналу.

Найменша освітленість робочих поверхонь у виробничих приміщеннях регламентується СНіП II-4-79 і визначається, в основному, характеристикою зорової роботи (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Норми штучного та природного освітлення виробничих приміщень (витяг з "Будівельних норм та правил" – СНіП II-4-79)

Характеристика зорової роботи	Найменший розмір об'єкта розпізнавання, мм	Розряди зорової роботи	Штучне освітлення		Природне освітлення		Суміщене освітлення			
			Освітленість		КПО, %					
			при комбінованому освітленні	при загальному освітленні	при верхньому чи комбінованому освітленні	при боковому освітленні	при верхньому чи комбінованому освітленні	при боковому освітленні		
Високої точності	0,3 – 0,5	III	2000 – 400	500 – 200	5	2	3	1,2		
Середньої точності	0,5 – 1,0	IV	7750 – 300	300 – 150	4	1,5	2,4	0,9		
Малої точності	1,0 – 5,0	V	300 – 200	200 – 100	3	1	1,8	0,6		
Загальне спостереження за ходом виробничого процесу	-	VIII	-	75 – 30	1	0,3	0,7	0,2		

В СНіП II-4-79 вісім розрядів зорової роботи, із яких перших шість характеризуються розмірами об'єкту розпізнавання. Для I – розрядів, які окрім того мають ще й чотири під розряди (а, б, в, г), нормовані значення залежать не тільки від найменшого розряду об'єкта розпізнавання, але і від контрасту об'єкта з фоном та характеристики фону. Найбільша нормована освітленість складає 5000 лк (розряд Ia), а найменша – 30 лк (розряд VIIIв).

Освітленість, що рекомендується, для роботи з екраном дисплея складає 200 лк, а при роботі з екраном у сполученні з роботою над документами – 400 лк.

Рекомендовані яскравості в полі зору операторів повинні лежати в межах 1:5 – 1:10.

З метою зменшення сонячної інсоляції світлопробоми влаштовують з північною, північно-східною або північно-західною орієнтацією. Монітори розташовують подалі від вікон і таким чином, щоб вікна знаходились збоку.

Якщо екран дисплея розташований до вікна, необхідні спеціальні пристрої, що екранують, (світлорозсіючі штори, регульовані жалюзі, сонцезахисна плівка з металізованим покриттям).

Для штучного освітлення дисплейних приміщень краще використовувати люмінесцентні лампи, тому що в них висока світлова віддача (до 75 лм/Вт і більш), тривалий термін служби (до 10000 годин), мала яскравість світної поверхні, близький до природного спектральний склад випромінюваного світла, що забезпечує гарну передачу кольору.

Найбільш прийнятними для приміщень, у яких працюють економісти, є люмінесцентні лампи ЛБ (білого світла) і ЛТБ (тепло-білого світла) потужність 20,40,80 Вт.

4.3. Розрахунок системи штучного освітлення в виробничому приміщенні консалтингової фірми

До сучасного виробничого освітлення пред'являються високі вимоги як гігієнічного, так і техніко-економічного характеру. Правильно спроектоване і виконане освітлення забезпечує високий рівень працездатності, робить позитивний психологічний вплив на працюючих, сприяє підвищенню продуктивності праці.

Для створення сприятливих умов зорової роботи, які б виключали швидку втомлюваність очей, виникнення професійних захворювань, нещасних випадків і сприяли підвищенню продуктивності праці та якості продукції, виробниче освітлення повинно відповідати наступним вимогам:

– відповідність рівня освітленості робочих місць характерові виконуваної здорової роботи;

- створювати на робочій поверхні освітленість, що відповідає характеру зорової роботи і не є нижчою за встановлені норми;
- не повинно чинити засліплюючої дії як від самих джерел освітлення, так і від інших предметів, що знаходяться в полі зору;
- забезпечити достатню рівномірність та постійність рівня освітленості у виробничих приміщеннях, щоб уникнути частотої переадаптації органів зору;
- не створювати небезпечних та шкідливих виробничих факторів;
- довговічність, економічність, електро – і пожежобезпечність, естетичність, зручність і простота експлуатації.

У тих випадках, коли одного природного освітлення в приміщенні недостатньо, встановлюють спільне освітлення. При цьому додаткове штучне освітлення застосовують не тільки в темний, але й у світлий час доби.

По конструктивному виконанню штучне освітлення може бути загальним і місцевим. При загальному освітленні всі робочі місця одержують освітлення від загальної освітлюваної установки. Комбіноване освітлення поряд із загальним включає місцеве освітлення, яке зосереджує світловий потік безпосередньо на робочих місцях. Застосування тільки місцевого освітлення неприпустимо, тому що виникає необхідність частотої адаптації зору, створюються глибокі і різкі тіні й інші несприятливі фактори.

Для штучного освітлення приміщень використовують люмінесцентні лампи, у яких висока світова віддача і тривалий термін служби, разом з тим необхідно враховувати недоліки: висока пульсація світлового потоку, необхідність застосування спеціальної пускорегулюючої апаратури, складність їхньої утилізації через наявність у лампах парів ртуті. Сьогодні на ринку систем штучного освітлення з'явилися нові схеми люмінесцентних ламп із підвищеною частотою мерехтіння. Однак широке просування даного сектора утруднено в зв'язку з непоінформованістю про даний вид товару і необхідності заміни старого устаткування, що несе підвищені витрати. Освітлення нової системи починають застосовувати при капітальному ремонті приміщень і при повній заміні старого устаткування.

Норми освітленості побудовані на основі класифікації зорових робіт з визначених кількісних ознак. Ведучою ознакою, що визначає розряд роботи, є розмір деталей, що розрізняються. У свою чергу розряди поділяють на чотири підрозряди в залежності від тла і контрасту між деталями і тілом.

На стадії проектування основною задачею світлотехнічних розрахунків є визначення необхідної площі світопроємів при природному освітленні і потрібні потужності освітлюваної установки – при штучному.

Дані для розрахунку:

1. Визначення типу джерела висвітлення – люмінесцентні лампи.
2. Система освітлення – загальна.
3. Вибір типу світильника – ЛД.
4. Розмір приміщення:
 - а) Довжина А – 24м.
 - б) Ширина Б – 10м.
 - в) Висота Н – 4м.
 - г) Висота робочої поверхні $h_p = 1,2$ м.

Мінімальне освітлення лампи $E_{min} - 100$ лк.

Коефіцієнт відображення стелі $P_n - 70\%$, стін $P_c - 50\%$, робочої поверхні $P_p - 30\%$.

Напруга мережі – 220В.

1. Розраховуємо відстань від стелі до робочої поверхні за формулою:

$$H_o = H - h_p = 4 - 1,2 = 2,8\text{м.}$$

2. Розраховуємо відстань від стелі до світильника за формулою:

$$h_c = 0,2 * H_o = 0,2 * 2,8 = 0,6\text{м.}$$

3. Розраховуємо висоту підвішування світильника над освітлюваною поверхнею за формулою:

$$h = H_o - h_c = 2,8 - 0,6 = 2,2\text{м.}$$

4. Розраховуємо висоту підвішування світильника над підлогою за формулою:

$$H_n = h_p + h = 2,2 + 1,2 = 3,4\text{м.}$$

Для досягнення найбільшої рівномірності освітлення приймаємо відношення $L/h = 1,5$, тоді відстань між центром світильника буде $L = 1,5 * h$

$$L = 1,5 * 2,2 = 3,3\text{м.}$$

Знаходимо необхідну кількість світильників

$$N = \frac{S}{L^2} = 240 / 10,9 = 22 \text{ (світильників)}$$

Знаходимо i -індекс приміщення:

$$i = \frac{AB}{h(A+B)} = (24 * 10) / (2,2 * (24 + 10)) = 3,2$$

при $i=3,2$, $P_{\Pi} - 70\%$, $P_c - 50\%$, $P_p - 30\%$, для світильника типу

ЛД коефіцієнт використання світового потоку $\eta = 0,73$.

Визначаємо світовий потік однієї лампи:

$$\Phi = \frac{E_{\min} * S * K_z * Z}{N_{\eta}}, \text{ де } K_z = 1,3 ; Z = 1,1 \text{ для люмінесцентних ламп}$$

$$\Phi = (100 * 240 * 1,3 * 1,1) / (22 * 0,73) = 2136 \text{ лм.}$$

де $K_z = 1,3$ за таблицею 5 (з методичних вказівок Тубольцев А. М.).

За знайденим світовим потоком вибираємо лампу потужністю 200Вт, що має світовий потік 2136лм, найбільш близький до розрахункового.

При цьому фактична освітленість дорівнює:

$$E_{\phi} = E_{\min} * (\Phi_{\text{л}} / \Phi_p) = 100 * (2090 / 2136) = 97,8 \text{ лк.}$$

Визначаємо потужність освітлювальної установки:

$$P_z = P_{\text{л}} * N = 150 * 22 = 3300 \text{ Вт} = 3,3 \text{ кВт. [24; 81]}$$

Отже, з усього вищерозглянутого можна зробити висновок, що на людину здійснюють вплив наступні фактори: дія комп'ютерів, мікрокліматичні параметри, небезпечна дія електроустановок, освітленість, шум.

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення розвитку системи управління якістю в сфері охорони здоров'я. Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки теоретичного і практичного спрямування.

1. При розгляді сутності та змісту управління якістю медичних послуг виявлено, що використання засобів, заходів і статистичних методів вимірювання та прогнозування якості медичних послуг забезпечить систему стратегічного управління в охороні здоров'я, а також ефективно стратегічне управління якістю медичних послуг вимагає своєчасної, об'єктивної, неупередженої та обґрунтованої інформації про зміни, що відбуваються в процесі надання медичних послуг, що підтверджує доцільність застосування

2. Дослідження стандартизації системи управління якістю закладів охорони здоров'я виявило, що вирішення проблеми полягає, зокрема, у розробці регуляторних механізмів забезпечення якості, одним із яких є сертифікація системи управління якістю закладів охорони здоров'я. на відповідність вимогам національного стандарту ДСТУ 130 серії 9000. Наявність сертифікованої системи управління якістю свідчить про здатність закладу охорони здоров'я надавати медичні послуги вищого рівня якості, ніж при дотриманні ліцензійних вимог, та постійно вдосконалювати якість медичного обслуговування пацієнтів.

3. на основі оцінки системи управління якістю в охороні здоров'я виявлено, що орієнтація на пацієнта - на допомогу в обстеженні та відповідно до індивідуальних потреб і переваг пацієнтів, так що задоволення очікувань пацієнтів стає фундаментальним для здійснення всіх клінічних рішень - має бути основною метою кожного закладу охорони здоров'я. Це поняття включає: безпеку - забезпечити захист пацієнтів від заподіяння шкоди в процесі надання медичної допомоги; ефективність (клінічна ефективність) – надавати допомогу за принципами доказової медицини лише тим, кому така допомога покращить стан, а не надавати її, якщо допомога може зашкодити (уникати недостатніх і надмірних втручань); своєчасність – скоротити час очікування та уникнути

затримок, які інколи можуть завдати шкоди не лише тим, хто отримує послуги, а й тим, хто їх надає; раціональність (економічна ефективність) - уникнення нераціонального використання обладнання, ресурсів, ідей та енергії; Справедливість – поважати права пацієнта, забезпечувати надання однакового рівня медичної допомоги незалежно від особистих характеристик, таких як стать, національність, місце проживання та соціально-економічний статус.

4. Аналіз системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Миколаївської області показав, що в центральних районних лікарнях своєчасність діагностики та комплексного лікування дотримано у $87,3 \pm 1,2\%$ випадків, у м. лікарнях - $86,2 \pm 1,8\%$, в обласних лікарнях - $89,4 \pm 3,2\%$, своєчасність і повнота поліклінічних оглядів: в центральних районних лікарнях - $87,9 \pm 1,7\%$, міських лікарнях. - $90,1 \pm 2,1\%$, обласні лікарні - $94,1 \pm 2,3\%$. У центральних районних лікарнях бажаний результат лікування досягнуто у $93,5 \pm 1,7\%$ хворих, у міських лікарнях — у $94,2 \pm 2,2\%$, в лікарнях області — у $90,6 \pm 1,9\%$ хворих. На стаціонарному етапі надання медичної допомоги в міських лікарнях у $63,8 \pm 2,2\%$ випадків та в обласних у $78,4 \pm 2,4\%$ випадків проведені клініко-лабораторні дослідження пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних відділеннях дублювалися

5. У результаті оцінки сучасної системи управління якістю первинної медико-санітарної допомоги визначено перспективні напрямки розвитку системи управління якістю первинної медико-санітарної допомоги: підвищення якості первинної медико-санітарної допомоги та формування Національної політики та стратегії якості медичної допомоги; належне оснащення закладів первинної медико-санітарної допомоги; удосконалення електронного документообігу, єдиний підхід до збору даних для аналізу – єдиний для всіх електронних амбулаторних

6. У рамках дослідження розроблено систему управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту, основні елементи моделі нормативно-правового забезпечення управління якістю медичної допомоги; середовище забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та цикл

аудиту, що визначає основні положення процесів управління якістю та умови ефективного управління якістю медичних послуг та результативністю внутрішнього аудиту, що сприятиме ефективності усиновлення

7. Таким чином, за результатами магістерського дослідження запропоновано рекомендації щодо підвищення якості надання медичних послуг на основі математичної моделі з урахуванням найбільш значущих критеріїв (професійність, доступність медичних послуг, сервіс, комунікабельність, престижність медичного закладу) та визначення їх ваги в загальній оцінці, що дозволить медичним закладам розраховувати спектр якості наданих медичних послуг на основі налагодженого зворотного зв'язку пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1996. – № 30. – с. 141. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ; зі змін. і доп. від 09.04.2015 № 28 . ст.237. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
4. Про лікарські засоби: Закон України № 123/96-ВР від 04.04.1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>.
5. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.
6. Про ціни і ціноутворення: Закон України від 21 червня 2012 року № 5007-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5007-17>.
7. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 . URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF>
8. Про стандартизацію: Закон України від 05.06.2014 № 1315-VII зі змінами та доповненнями. URL: <https://zakon.rada.gov.Ua/laws/show/1315-18#Text>
9. Порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>
10. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України від 05.10.2000 № 2017-III зі змінами та доповненнями. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017 – 14#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14#Text)
11. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : [монографія] / Н.В. Авраменко. Запоріжжя : КПУ, 2017. 196 с.

12. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2017. 134 с.

13. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. В. Баєва // Навчальні матеріали онлайн (2010-2015). – URL: <https://textbook.com.ua/medicina/1473451399>

14. Баклушина О. Інформатизація галузі охорони здоров'я: переваги для медичних працівників / О. Баклушина // Управління закладом охорони здоров'я. – 2014. – № 5. – С. 44-51.

15. Бедрик І.О., Буравльов Л.О. Державне регулювання приватної медичної діяльності: організаційно-правові засади // Економіка та держава. – 2018. – № 6. – С. 94 – 96.

16. Безродна С. М. Управління якістю : навчальний посібник для студентів економічних спеціальностей / С. М. Безродна. – Чернівці : ПВКФ «Технодрук», 2017. – 174 с.

17. Білинська М. М. Державне управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: автореф. дис... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 [Електронний ресурс] / Білинська М. М.; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. – К., 2014. – 36 с.

18. Білинська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України. Київ: Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», 2016. 56 с.

19. Борщ В. І. Особливості імплементації механізмів стратегічного менеджменту в закладах охорони здоров'я України. Актуальнее проблема современной науки: сборник тезисов научных трудов XLIII Международной научно-практической конференции (Харьков-Вена-Берлин-Астана, 29 августа 2019 года). Международнїи научнїи центр развития науки и технологии, 2019. С. 53-56.

20. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану розвитку [Електронний ресурс] / В. І. Борщ // Ринкова економіка: сучасна теорія

і практика управління. – 2020. – Т. 19, вип. 1. – С. 140-159. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/rectpu_2020_19_1_10

21. Борщ В.І., Рудінська О.В. Формування професійної компетентності менеджера закладу охорони здоров'я. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2019. Т. 18. Вип. 2(42). С. 96 – 105.

22. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 5 (1). С. 39-46.

23. Глебова А. О. Системи управління якістю на підприємстві в умовах євроінтеграційних процесів [Електронний ресурс] / А. О. Глебова, Б. О. Карчевський // Глобальні та національні проблеми економіки. – 2015. – № 8. – С. 352–356. – Режим доступу : <http://global-national.in.ua/issue-8-2015/16-vipusk-8-listopad-2015-r/1450-glebova-a-o-karchevskij-b-o-sistemi-upravlinnya-yakistyu-na-pidpriemstvi-v-umovakh-evrointegratsijnikh-protsesiv> (дата звернення: 05.11.2022). – Назва з екрана.

24. Громовик Б.П., Гасюк Г.Д., Левицька О.Р. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник. Київ: Медицина, 2018. 752 с.

25. Данченко О. Б., Ленський В. В. Моделі стратегічного менеджменту медичних проектів проектно-орієнтованого медичного закладу. Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Серія: Стратегічне управління, управління портфелями, програмами та проектами. 2018. № 2 (1278). С. 45-52.

26. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. Ч. 1/ заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2018. 396 с.

27. Дишловий І. Фактор здоров'я людей у відтворенні людського капіталу України / І. Дишловий // Економіка України. 2016. – № 2. С. 83–89.

28. Дмитренко Л.А., Завадська Н.П., Косяченко Н.М. Менеджмент і маркетинг у фармації: навч. посіб. Київ: Медицина, 2018. 144 с.

29. Долот В. Д. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. Д. Долот, В. В. Лещенко // Держава та

регіони. Сер. : Державне управління. – 2014. – № 1. – С. 8-13. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/drdu_2014_1_4_x1

30. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. – Звіт Комісії проекту TaxisBISTRO [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk_pdf

31. ДСТУ ISO 9001:2009. Системи управління якістю. Вимоги: (ISO 9001:2008, IDT). – На заміну ДСТУ ISO 9001:2001; надано чинності 2009-09-01. – К.: Держ – споживстандарт України, 2019. – VII, 26 с.

32. ДСТУ IWA 1:2007. Системи управління якістю. Наставови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я: (IWA 1:2005, IDT); надано чинності 2008-01-01. – К. : Держспоживстандарт України, 2018. – 83 с.

33. Дуб Л. Р. Перспективи застосування стандартів ISO для поліпшення якості діяльності медичних та фармацевтичних закладів різного спрямування / Дуб Л. Р., Зіменковський А. Б., Никулишин О. В. // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2019. – № 1-2. – С. 28-33. – Режим доступу : http://www.nbuv.gov.ua/portal/Chem_Biol/Kff/2009_1-2/3.pdf.

34. Заглада О.О., Кризина Н.П. Переваги та недоліки запровадження системи фінансування за методом глобального бюджету у закладах охорони здоров'я України / О.О. Заглада, Н.П. Кризина // Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 7. С. 108–112.

35. Заков О. Л. Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні: автореф. дис... д-ра мед. Наук: 14.02.03 / Заков О. Л.; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця МОЗ України. – К., 2019. – 36 с.

36. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2018 рік [Електронний ресурс] / МОЗ України. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/uploads/2/10966-zvit_gak_2018.pdf (дата звернення: 05.11.2022). – Назва з екрана.

37. Зукін В. Український ринок приватної медицини: реалії та перспективи. Приватний лікар. 2017. С. 12-15. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/ukrajinskij-rinokprivatnoji-meditsini-realiji-ta-perspektivi>

38. Іртищева І.О., Сергійчук С.І., Рябець Д.М. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні. Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету імені Дмитра Моторного (економічні науки)». 2020. № 1. С. 76-83. (0,63 д.а.). (Index Copernicus).

39. Кіча Д.І., Фоміна А.В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я. URL: <http://medbib.in.ua/osnovyiekonomiki-finansirovaniya.html>

40. Князевич В. М. Медична галузь потребує системних змін / В. М. Князевич // 36. наук. пр. співробіт. НМАПО ім. П. Л. Шупика. – К. : НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2018. – С. 5 – 7.

41. Князевич В. М. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, перспективи та шляхи розбудови / В. М. Князевич // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2018. – № 3 (3). – С. 23 – 37.

42. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я / В. М. Пономаренко, А. М. Нагарна, Л. І. Ткач, В. С. Гуменний// Укр. мед. вісті. – 2017. – № 1 (56). – С. 28 – 29.

43. Кризина Н. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених / Н. Кризина [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>.

44. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я : генезис, тенденції та закономірності розвитку : монографія / Н. П. Кризина. – К. : Вид-во НАДУ, 2017. – 224 с.

45. Лехан В. М., Лакіза-Сачук Н. М., Войцехівський В. М. та ін. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2017. – 174 с.

46. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко.К. : Четверта хвиля, 2019. 353 с.

47. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні / М. В. Литвиненко // Теорія та практика державного управління. – 2015. – Вип. 2 (49). – С. 198-206.

48. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.

49. Москаленко В.Ф. Економіка охорони здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран та ін.; за ред. В.Ф. Москаленка. Вінниця: нова книга, 2018. 288 с.

50. Надюк З. О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 [Електронний ресурс] / З. О. Надюк; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2016. – 20 с.

51. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. [Електронний ресурс] / МОЗ України. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення: 05.11.2022). – Назва з екрана.

52. Основи менеджменту і маркетингу в медицині: навчальний посібник. Єрошкіна Т.В., Татаровський О.П., Полішко Т.М., Борисенко С.С. Донецьк: РВВ ДНУ, 2012. 64 с. URL: <http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/684dfManagement-KLD.PDF>

53. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні [Електронний ресурс] / К. В. Павлюк // Фінанси України. – 2016. – № 2. – С. 64-82. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fu_2016_2_6

54. Панов Б. В., Свірський О. О., Дзигал О. Ф. Ковалевська Л. А., Конкін С. І., Кирилюк М. Л., Балабан С. В., Беляков О. В. Сучасні світові тенденції

розвитку національних систем охорони здоров'я // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 4. – С. 85–89.

55. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2016. – 396 с.

56. Парсяк В. Н. Наукове дослідження магістранта : у 6 ч. Ч. 1. Методика проведення, формалізації і публічного захисту результатів : навч. посіб. / В. Н. Парсяк, Н. Є. Терьошкіна, І. А. Воробйова ; за ред. проф. В. Н. Парсяка. – Миколаїв : НУК, 2013. – 202 с.

57. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 р. № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» : наказ МОЗ України від 20.12.2013 р. № 1116 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0031-14> (дата звернення: 05.11.2022). – Назва з екрана.

58. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765 і від 2 березня 2016 р. № 285 : Постанова КМУ від 13 березня 2019 р. № 215 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/215-2019-%D0%BF> (дата звернення: 05.11.2022). – Назва з екрана.

59. Резніченко О. Г. Маркетинг та менеджмент в системі охорони здоров'я на сучасному етапі та їх перспективи [Електронний ресурс] / О. Г. Резніченко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2017. – Т. 17, Вип. 4(1). – С. 245-248. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2017_17_4\(1\)_59](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsm_2017_17_4(1)_59)

60. Рожкова І.В. Державне регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я на засадах суспільної справедливості. Зб. наук. пр. НАДУ. Київ: НАДУ, 2018. Вип. 2. С. 224–233.

61. Сайт ДП «Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості». Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://shop.uas.org.ua/ua/katalog-normativnih-dokumentiv/11-okhorona-zdorovya/11-020-medychni-nauku-ta-umovy-zabezpechennia-okhorony-zdorovia>

vzahali/11-020-01-upravlinnja-jakistju-ta-ekologichne-upravlinnja-u-sferi-ohoroni – zdorov-ja/sistemi-upravlinnja-jakistju-en-.html (дата звернення: 05.11.2022). – Назва з екрана.

62. Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я України: принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. Актуальні проблеми економіки. 2019. № 8 (218). С. 62-69.

63. Системи управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2015, IDT) : ДСТУ ISO 7000:2004 [Електронний ресурс]. – К. : ДП «УкрНДНЦ», 2016 (Національний стандарт України). – Режим доступу : <http://khoda.gov.ua/image/catalog/les/%209001.pdf> (дата звернення: 05.11.2022). – Назва з екрана.

64. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2015. – 416 с.

65. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2018. – 680 с.

66. Степурко Т. Г. Задоволеність доступністю та якістю медичної допомоги в Україні, Польщі та Угорщині / Т. Г. Степурко // Наукові записки НаУКМА. – 2016. – Т. 187. Соціологічні науки. – С. 82–89.

67. Удовиченко Н.М. Ефективність як складова об'єктивізації державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я / Д.В. Карамішев, Н.М. Удовиченко // Теорія та практика державного управління. – Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2018. – Вип.. 1 (20). – С. 236 – 245.

68. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Бугро В.І. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. – Кіровоград: ТОВ «Імекс_ЛТД», 2019. – 404 с.

69. Устинов А. В. Основні компоненти розбудови національної системи охорони здоров'я / А. В. Устинов // Український медичний часопис. – 2018. – № 2 (2). – С. 124.

70. Хвисяк М. І. Менеджмент в охороні здоров'я: підручник. – 2-ге вид., доп. / за заг. ред. проф. М. І. Хвисяка і І. І. Парфьонові. – Х.: Оберіг, 2014. – 780 с.

71. Хімічева Г. І. Контроль і оцінка якості медичних послуг за вимогами ДСТУ ISO 9001:2009 / Хімічева Г. І., Пономаренко Н. А. // Восточноевропейский журнал передовых технологий. – 2020. – № 3/4 (45). – С. 33-36. – Режим доступу : http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/Vejpt/2010_3_4/EEJET_3_4_2010_33-36.pdf.

72. Худоба О. Система охорони здоров'я в Україні: термінологічний аналіз / О. Худоба // Ефективність державного управління : зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України / за заг. ред. В. Загорського, А. Ліпінцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2019. – Вип. 21. – С. 145-150.

73. Шутурмінський В. Г. Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навч. посібник / Шутурмінський В. Г., Кусик, Н. Л., Рудинська О. В. – Одеса: Вид. Гельветика, 2020. – 176 с.

74. Юринець З. В. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України / З. В. Юринець, О. А. Петрух // Інвестиції: практика та досвід. – 2018. – № 22. – С. 116 – 121.

75. Abdulaziz Saddique Strategic management of Healthcare Organizations. 2015. URL: https://www.researchgate.net/publication/276019548_Strategic_management_of_Healthcare_Organizations

76. Akachia Yoko. Quality of care: measuring a neglected driver of improved health / Yoko Akachia, Margaret E Kruk // Bull World Health Organ. – 2017. – No 95. – P. 465–472. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.180190>.

77. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. – Geneva: WHO, 2018. – 88 p.

78. ISO 9001:2015. Quality management systems – Requirements (International standard) [Electronic resource]. – Regime of access: <https://www.iso.org/ru/standard/62085.html>.

79.