

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

Кафедра менеджменту



«Допущений до захисту»
Завідувач кафедри
_____ Ігор СІРЕНКО
« ____ » _____ 2021 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти магістр

на тему: Удосконалення системи управління якістю медичних послуг
у закладах охорони здоров'я

Виконав: здобувач вищої освіти
6435мз групи

_____ Здражевський Є.Ю.
(підпис) (ім'я, прізвище)

Керівник роботи:

_____ К.є.н., доцент
(посада, науковий ступень вчене звання)

_____ Сергійчук С.І.
(підпис) (ім'я, прізвище)

Миколаїв – 2021

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

Кафедра менеджменту
 Спеціальність 073 «Менеджмент»
 Освітня програма «Управління закладом охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
 Гарант освітньої програми
 _____ Євгенія БОЙКО
 (підпис)
 «_____» _____ 2021 року

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

Студенту _____ Здражевському Євгену Юрійовичу _____
 (прізвище, ім'я по батькові)

1. Тема роботи Удосконалення системи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я

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

Затверджені наказом ректора № _____ від «_____» _____ 2021 року

2. Термін подання роботи: 17 грудня 2021 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 і методичні основи управління якістю медичних послуг; провести аналіз системи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я; запропонувати напрямки удосконалювання удосконалення системи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я, оцінити стан охорони праці на підприємстві.

5. Перелік презентаційних матеріалів переваги від впровадження система управління якістю у закладі охорони здоров'я; характеристики якості послуг закладів охорони здоров'я; розподіл відповідей щодо задоволеності по інформаційним потребам пацієнтів; динаміка зміни оцінок пацієнтами якості медичного обслуговування; типи стейкхолдерів закладу охорони здоров'я; взаємодія закладу охорони здоров'я із основними стейкхолдерами; етапи розробки комплексної інформаційної системи управління якістю медичної допомоги.

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 « ____ » _____ 20__ р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Етапи виконання кваліфікаційної роботи магістранта	Термін
1	Визначення наукового керівника роботи	10.09.2021
2	Вибір теми роботи та її узгодження з науковим керівником	17.09.2021
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	20.09.2021
4	Збір статистичної інформації в термін проходження практики на базовому підприємстві (установі, організації)	19.11.2021
5	Вивчення друкованих та електронних джерел, економічних реалій, методичних та наукових видань з теми роботи	05.11.2021
6	Систематизація інформації та складання розгорнутого плану роботи, затвердження його науковим керівником	24.11.2021
7	Розробка теоретичного розділу	01.12.2021
8	Розробка аналітичного розділу	06.12.2021
9	Розробка проектного розділу	13.12.2021
10	Розробка четвертого розділу	14.12.2021
11	Розробка вступу, висновків, списку використаної літератури та додатків	16.12.2021
12	Редагування рукопису кваліфікаційної роботи магістра та ознайомлення з ним наукового керівника	18.12.2021
13	Розробка проекту автореферату роботи	19.12.2021
14	Розробка проекту презентаційного матеріалу та доповіді	19.12.2021
15	Усунення зауважень наукового керівника та завершення роботи	19.12.2021
16	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, автореферату, презентаційного матеріалу та доповіді на попередній захист	20.12.2021
17	Подання роботи і автореферату рецензенту та отримання рецензії	20.12.2021
18	Захист роботи перед АК	За графіком

Студент

(підпис)

(ім'я, прізвище)

Керівник роботи

АНОТАЦІЯ

Здражевський Є.Ю. "Удосконалення системи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я"

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістр за спеціальністю 073 «Менеджмент» – Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2021.

Кваліфікаційна робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів вдосконалення Удосконалення системи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я. У роботі досліджено сутність і зміст управління якістю медичних послуг; представлена система управління якістю у сфері охорони здоров'я; розглянуто методичне забезпечення стандартизації в системі управління якістю в закладах охорони здоров'я. Проведено аналіз задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я та проведено оцінку ефективності пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного. Запропоновано залучення стейкхолдерів до управлінні якістю закладу охорони здоров'я. Розроблено рекомендації щодо удосконалення управління якістю медичної допомоги на засадах комплексної інформатизації.

Ключові слова: управління якістю, якість медичних послуг, заклади охорони здоров'я, медична реформа, медична допомога, стандартизація.

АННОТАЦИЯ

Здражевский Е.Ю. "Усовершенствование системы управления качеством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения"

Квалификационная работа на соискание образовательно-квалификационного уровня магистр по специальности 073 "Менеджмент" – Национальный университет кораблестроения имени адмирала Макарова, Николаев, 2021.

Квалификационная работа посвящена актуальным проблемам теоретических, методических и практических аспектов усовершенствования. Совершенствование системы управления качеством медицинских услуг в учреждениях здравоохранения. В работе исследованы сущность и содержание управления качеством медицинских услуг; представлена система управления качеством в сфере здравоохранения; рассмотрено методическое обеспечение стандартизации в системе управления качеством в учреждениях здравоохранения. Проведен анализ удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в учреждениях здравоохранения и проведена оценка эффективности пациентоориентированной системы управления качеством медицинского. Усовершенствован научно-методический подход к взаимодействию учреждения здравоохранения с основными стейкхолдерами, что способствует определению заинтересованных сторон и созданию агрегированных типов стейкхолдеров с повышением социальной ответственности организаций здравоохранения перед заинтересованными сторонами и улучшением работы медицинских услуг общественных и муниципальных организаций. Усовершенствован научно-методический подход к внедрению проектных разработок информационной системы управления качеством медицинской помощи, состоящей из локальной компьютерной сети медицинского учреждения; электронной документацией между подразделениями медицинского учреждения; создание и обслуживание веб-сайта здравоохранения; внедрение программного обеспечения для медицинских рабочих мест; внедрение пластиковых удостоверений личности для доступа и использования информации о состоянии здоровья пациентов в медицинской помощи; обучение и развитие пользователей компьютерной сети, что позволит привлечь мотивированный медицинский персонал к проектной работе по разработке комплексной информационной системы качества медицинской помощи.

Ключевые слова: управление качеством, качество медицинских услуг, учреждения здравоохранения, медицинская реформа, медицинская помощь, стандартизация.

ANNOTATION

Zdravhevsky E.Y. "Improving the quality management system of medical services in health care facilities"

Qualification work for obtaining the educational and qualification level of master in the specialty 073 "Management" – Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Mykolaiv, 2021.

Qualification work is devoted to topical issues of theoretical, methodological and practical aspects of improvement Improving the quality management system of medical services in health care facilities. The essence and content of quality management of medical services are investigated in the work; the quality management system in the field of health care is presented; methodological support of standardization in the quality management system in health care institutions is considered. An analysis of patients' satisfaction with the quality of medical care in health care facilities and an assessment of the effectiveness of patient-oriented medical quality management system. It is proposed to involve stakeholders in the quality management of the health care facility. Recommendations for improving the quality management of medical care on the basis of comprehensive informatization have been developed.

Keywords: quality management, quality of medical services, health care facilities, medical reform, medical care, standardization.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	12
1.1. Сутність і зміст управління якістю медичних послуг	12
1.2. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я	15
1.3. Стандартизація в системі управління якістю в закладах охорони здоров'я	20
Висновок до першого розділу	26
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	27
2.1. Аналіз задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я	27
2.2. Оцінка ефективності пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного обслуговування	34
Висновки до другого розділу	41
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	42
3.1. Залучення стейкхолдерів до управлінні якістю закладу охорони здоров'я	42
3.2. Удосконалення управління якістю медичної допомоги на засадах комплексної інформатизації	47
Висновок до третього розділу	55
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	57
4.1. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в медичному кабінеті	57
4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в медичному кабінеті	63
4.3. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму в медичному кабінеті	66
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	72

ВСТУП

Актуальність теми. Підтримка та відновлення здоров'я громадян визначені статтею 3 Конституції України загальнодержавним пріоритетом. Разом із тим, міжнародні стратегії збереження здоров'я та відповідні їм вітчизняні спрямування вже більш як 20 років націлені не лише на надання медичної допомоги населенню, але й на відповідність запитам суспільства щодо її якості. Незважаючи на певні зусилля державних, галузевих і суспільних інституцій, якість медичної допомоги залишається актуальною проблемою для закладів охорони здоров'я як надавачів медичних послуг, так і для громадян України як споживачів цих послуг.

Проблемам корпоративного управління та його сутності присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців: Белобородова М. В., Вороненко Ю. В., Дячук Д. Д., Іртищева І.О., Круть А. Г., Пасмор М. С., Сергійчук С.І., Юрочко Т. П., Шкільняк М. М., Яворський А. М. та ін. Разом з тим, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання удосконалення системи управління якістю медичних послуг у закладах 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 системи управління якістю медичних послуг у закладах 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 удосконалення системи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я.

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

- досліджено сутність і зміст управління якістю медичних послуг;
- представлена система управління якістю у сфері охорони здоров'я;
- розглянуто методичне забезпечення стандартизації в системі управління якістю в закладах охорони здоров'я;
- проведено аналіз задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я;
- проведено оцінку ефективності пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного;
- запропоновано залучення стейкхолдерів до управлінні якістю закладу охорони здоров'я;
- розроблено рекомендації щодо удосконалення управління якістю медичної допомоги на засадах комплексної інформатизації.

Об'єктом дослідження є процес розвитку системи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я.

Предмет дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів розвитку системи управління якістю медичних послуг у закладах 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 управління якістю медичних послуг; економіко-логічні методи

пізнання – у процесі систематизації та узагальнення методів стандартизація в системі управління якістю в закладах охорони здоров'я, метод аналізу і синтезу, порівняння, моделювання – в процесі аналізу задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я; метод факторного аналізу – під час оцінку ефективності пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного.

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:

– науково-методичний підхід щодо взаємодії закладу охорони здоров'я із основними стейкхолдерами, що сприяє визначенню зацікавлених сторін та створення агрегованих типів стейкхолдерів з підвищенням соціальної відповідальності організацій охорони здоров'я перед зацікавленими сторонами та покращенням роботи медичних послуг громадських і муніципальних організацій;

набули подальшого розвитку:

– науково-методичний підхід щодо впровадження проектних розробок інформаційної системи управління якістю медичної допомоги, яка складається з локальної комп'ютерної мережі медичного закладу; електронною документацією між підрозділами медичного закладу; створення та

обслуговування веб-сайту закладу охорони здоров'я; впровадження програмного забезпечення для медичних робочих місць; впровадження пластикових посвідчень особи для доступу та використання інформації про стан здоров'я пацієнтів у медичній допомозі; навчання та розвиток користувачів комп'ютерної мережі, що надасть змогу залучити мотивований медичний персонал до проектної роботи для розробки комплексної інформаційної системи якості медичної допомоги.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при удосконаленні організаційного та методичного забезпечення системи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я. Найбільшу практичну цінність мають методика впровадження проектних розробок інформаційної системи управління якістю медичної допомоги.

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 медичних послуг у закладах охорони здоров'я. 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 81 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (80 найменування), 3 таблиць, 7 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Сутність і зміст управління якістю медичних послуг

Питання оцінки здоров'я та результатів лікування хворих давно цікавить людство. Наприклад, у Месопотамії кодекс Хаммурапі, який передбачав оплату чи штрафи залежно від результату лікування, діяв близько 2000 років тому. Якщо руки або ноги були збережені, лікар отримував п'ять шекелів срібла. Коли пацієнт помирає, лікар втрачає руки. Хоча практика оцінки ефективності охорони здоров'я має тисячолітню історію, система охорони здоров'я все ще потребує вдосконалення за участю суспільства, що можливо лише за умови співпраці закладів охорони здоров'я та всіх їхніх зацікавлених сторін (стейкхолдерів).

Протягом століть люди були зацікавлені в якісних медичних послугах. Слід зазначити, що це поняття трактувалося дослідниками по-різному. Платон стверджував, порівнюючи якість із випробуванням, проведеним користувачами, що без останнього не було випробування. Аристотель вказував на тісний зв'язок цього поняття з його особливостями. Якість, Т. Котарбінський, була визначена як сума різних атрибутів, що визначають ступінь соціальної корисності товару відповідно до його призначення, а також відношення до вартості.

У своїх роботах Іван Павло II зазначив, що "... сьогодні проблема полягає не лише у забезпеченні потрібної кількості товарів людині, а й у задоволенні попиту на якість: якість вироблених та спожитих товарів; якість послуг, які використовуються; якість навколишнього середовища та життя в цілому". У той же час якість продукції та послуг слід розуміти з точки зору виробника, користувача та середовища. А. Парасурман, Л. Л. Беррі та А. Зейтхамі говорять про якість обслуговування як про виконання матеріальної частини, надійність, реагування на проблеми, компетентність співробітників, емпатію.

Існує три групи визначень якості:

- якість як характеристика послуги (товару);
- якість як ступінь задоволення вимог користувача;
- якість як щось, що можна покращити.

Якість медичних послуг є основною категорією функціонування в умовах вільної ринкової економіки. Вона складається з інших категорій, наприклад:

- конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я;
- інновації;
- гнучкість або пристосованість медичних закладів до мінливих вимог пацієнтів (споживачів).

Якість послуг складається з:

- доступність (простість доступу до послуг незалежно від організаційних, фінансових чи інших перешкод);
- повна інформація (про стан здоров'я, варіанти лікування, синергетичний ефект препарату);
- медична освіта (можливості набуття пацієнтом навичок самодопомоги та розпізнавання симптомів, що потребують допомоги);
- гарне спілкування між лікарями та медсестрами, повага та турбота про пацієнта, злагодженість та безперервність лікування;
- задоволеність пацієнта (найвищий або принаймні відповідний рівень прийняття отриманої допомоги по відношенню до очікувань).

Немає чіткого визначення медичних послуг як економічної категорії. У більшості випадків використовується поняття медичної допомоги. Останнє представлено як лікувальні, профілактичні заходи при хворобах, медичних оглядах, травмах, пологах та інших видах лікувальної роботи. У такому разі необхідно було сформулювати визначення поняття. Інший французький економіст Жан-Батист Сей визначив послугу як значну частину економічної діяльності людини і представив її як духовний, нематеріальний продукт людської праці, який неможливо відокремити від постачальника послуг.

Враховуючи всі наведені вище тлумачення, наводимо авторське бачення визначення поняття «медична послуга», під яким слід розуміти вид господарської діяльності медичних закладів або фізичних осіб-підприємців, які здійснюють приватну медичну практику. Ці заходи спрямовані на поліпшення самопочуття пацієнта або на внесення естетичних коректив. Враховуючи споживчу вартість медичних послуг, їх слід розглядати як специфічний товар на ринку медичних послуг. Кожне з цих визначень якості та її компонентів вказує на те, що зацікавлені сторони є основною детермінантою. У Польщі слід назвати трьох основних гравців у системі охорони здоров'я: одержувач, постачальник та заклад медичного страхування (Національний фонд охорони здоров'я).

Ці групи зацікавлених сторін мають бути предметом спеціального аналізу для покращення якості медичних послуг. Тому варто розглянути питання «Хто є зацікавленими сторонами в системі охорони здоров'я?». Цю концепцію застосував Р. Фрімен, який стверджував, що: «для досягнення ділового успіху слід брати під увагу позицію зовнішніх зацікавлених сторін, не лише з традиційно знаних (клієнтів та постачальників), а й з неринкових джерел, тобто засобів масової інформації, органів влади та органів місцевого самоврядування тощо».

Дж. Е. Пост, Л. Е. Престон та С. Сакс представляли зацікавлені сторони як "людей чи групи, які свідомо чи ні роблять свій внесок у вигляді ідей, які сприяють процвітанню компанії"; будучи одночасно потенційними бенефіціарами цього добробуту, або ж несучи ризик, який компанія генерує через свої операції".

Оскільки зацікавлені сторони мають безпосередній вплив на рівень якості, необхідно їх детально визначити з урахуванням запропонованих інтерпретацій. Окрім трьох суб'єктів охорони здоров'я, слід також враховувати наступне:

- Міністерство охорони здоров'я;
- наукові центри;

- засоби масової інформації;
- суди та трибунали;
- організації та установи, що представляють пацієнтів;
- омбудсмен з прав людини;
- медичні оглядові комісії;
- виробники та постачальники ринкових ліків, медичних препаратів та біоцидів;
- організації, що представляють постачальників послуг та виробників.

Кожна з цих зацікавлених сторін має власні бажання та цілі, які необхідно вирішити, щоб досягти головної мети – ефективної та безпечної системи охорони здоров'я. Безпека в системі охорони здоров'я та охорона здоров'я є одними з чутливих сфер державної політики. Негативні зміни в країні призвели до соціальної напруженості та відсутності контролю за балансом між зацікавленими сторонами у сфері охорони здоров'я. Зацікавлені сторони ефективно працюють за допомогою: з'єднання, консультація, діалог та співпраця.

Представлені інструменти дають змогу спільно виявити існуючі проблеми системи охорони здоров'я та розробити стратегію їх вирішення. Найважливішими з них є:

- підвищення вартості медичних послуг;
- обмеження доступу до медичних послуг (черги, ліміти, доплати);
- низька якість послуг (більше процесів);
- брак персоналу (медичного, допоміжного та технічного);
- відсутність принципу "гроші йдуть з пацієнтом" – вибір лікаря пацієнтом залежить від кількості людей, які очікують.

1.2. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я

Сучасна вітчизняна система охорони здоров'я потребує змін та реформ, оскільки погіршуються показники здоров'я, погіршуються проблеми якості та доступності медичної та фармацевтичної допомоги, а демографічна ситуація

стає все більш несприятливою. Зміна та реорганізація управління якістю медичних закладів є важливим фактором покращення якості, культури та доступності медичних послуг.

Дещо трансформовано поняття якості, а саме функціонування підприємств і організацій з аналізом досконалості їх систем управління якістю, спрямованих на постійне самовдосконалення та основне задоволення існуючих потреб ринку. Таким чином, в умовах створення ринку надання медичних послуг в Україні все більшого значення набувають процеси запровадження звичних у світовій практиці систем управління якістю закладів охорони здоров'я. У багатьох високорозвинених країнах вимоги до медичних установ, які мають бути сертифіковані за міжнародними стандартами за серією ISO 9001, визначені законом: наприклад, у Німеччині всі державні та недержавні клініки зобов'язані мати власну систему контролю якості, і 99% з них вирішили впровадити систему управління якістю відповідно до ISO 9001.

Пропагування управління якістю в медичних послугах має супроводжуватися зниженням вартості цих послуг у результаті оптимізації їх організації, надання та контролю, як наголошується в меморандумах ISO. Однак основна економія досягається завдяки практичному виключенню трудомістких і ресурсних процедур для виправлення та усунення помилково діагностованих і неправильно призначених методів лікування, у тому числі судових.

Система управління якістю є ефективною моделлю управління. Основних переваг від її реалізації представлені на рис.1.1.



Рис. 1.1. Переваги від впровадження система управління якістю у закладі охорони здоров'я

Таким чином, успішне управління якістю у сфері охорони здоров'я матиме результати як для закладу охорони здоров'я, так і для всієї галузі країни, оскільки матиме помітний ефект.

Процеси клінічної системи управління можна класифікувати за призначенням: процеси управління; основні процеси; моніторинг, вимірювання, вдосконалення та процеси розвитку; процеси підтримки/ресурсу. Отже, ці процеси формують комплексний підхід до якісного функціонування та розвитку сфери.

Ефективне управління медичним менеджментом вимагає інтеграції стратегічного планування, управління фінансами, управління якістю послуг, управління персоналом, маркетингу, управління документами та протоколами. Це основні процеси, безпосередньою метою яких є отримання доходу, який може стати мотивацією для розвитку як галузі охорони здоров'я країни, так і установи, а також кожного окремого працівника. При стабільній

системі клієнт буде здоровим і щасливим. Особливістю цих дій є те, що вони приносять дохід, що має стратегічне значення.

Усі процеси, пов'язані з клієнтами, були визначені як основні процеси: консультування, лабораторні дослідження, операції. Процеси вимірювання, аналізу, вдосконалення та розвитку включають ті, які спрямовані на довгострокову прибутковість, і ті, що покращують і розвивають клініку. Тому процеси, пов'язані з вимірюванням задоволеності пацієнтів, процесом внутрішнього аудиту, моніторингом процесу, управлінням невідповідністю, коригувальними та превентивними діями, повинні бути включені в процеси вимірювання, аналізу та вдосконалення.

Розрізняючи допоміжні процеси, можна взяти за основу принцип, що допоміжні процеси – це процеси, за які клієнт не платить грошей, але вони необхідні для функціонування клініки. До допоміжних процесів належать усі процеси, пов'язані з ресурсами, обслуговуванням інфраструктури: процес юридичного супроводу, управління інфраструктурою та середовищем, програмна та комп'ютерна підтримка, адміністративна підтримка, закупівля медичних товарів, медичного обладнання.

Кожен процес повинен перебувати в керованому середовищі, що гарантується необхідними вимірюваннями та коригувальними діями в процесі, а також встановленням повноважень і відповідальності, критеріями ефективності для конкретних процесів.

Система управління якістю в медичних закладах вирішує внутрішні проблеми, покращує якість послуг та відповідає очікуванням пацієнтів. Використання системи управління якістю мінімізує витрати медичних закладів, головним чином, шляхом упорядкування діяльності та усунення зайвих або неефективних процесів, зовнішніх і внутрішніх втрат, спричинених дефектами та невідповідністю, а також засобів для розвитку, інновацій. Налагоджена система управління якістю є ефективним інструментом підвищення ефективності діяльності медичної організації та джерелом економічної вигоди.

Завдяки кращій документації, моніторингу, критичному аналізу та періодичному перегляду ключових процесів виробництва та управління клініка стає прозорою, краще керується та постійно вдосконалюється. Якщо підвищити рівень кожної клініки, то підвищиться рівень медичних послуг по всій країні, а це означає, що можна розвивати і розвивати наукову медичну галузь.

Таким чином, підхід, орієнтований на пацієнта, полягає в тому, щоб надати допомогу при обстеженні та відповідно до індивідуальних потреб і вподобань пацієнтів. Забезпечити, щоб очікування пацієнта стали основоположними для всіх клінічних рішень – має бути основною метою кожного медичного закладу. Поняття включає:

безпека – для захисту пацієнтів від пошкоджень під час надання медичної допомоги;

ефективність (клінічна ефективність) – надавати допомогу на принципах доказової медицини лише тим, кому така допомога була б корисна, а не якщо допомога була б шкідливою (щоб уникнути недостатнього та надмірного втручання);

своєчасність – скорочення часу очікування та уникнення затримок, які іноді можуть бути шкідливими не лише для тих, хто отримує послуги, але й для тих, хто їх надає;

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

справедливість – повага до прав пацієнта, забезпечення надання медичної допомоги на одному рівні якості, незалежно від особистих характеристик, таких як стать, національність, місце проживання та соціально-економічний статус.

Ліцензування медичної діяльності; акредитація закладів охорони здоров'я; стандартизація діагностичного лікування; Сертифікація відповідності національним стандартам на системи управління якістю ДСТУ ISO 9000 версія 2000; міжнародні, європейські та національні нагороди за

якість. 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:

- завдання на планування (проектування) медичної допомоги (кількість підрозділів – проектів, що відповідають галузевим медико-технологічним документам);
- планові витрати на кошти на медичне обслуговування;
- кількісні цілі в процесах соціологічних досліджень (очікуваний рівень задоволеності респондентів; запланована репрезентативна кількість респондентів);
- завдання у сфері підготовки кадрів (кількість кадрів, які підлягають навчанню в аспірантурі та на робочих місцях; кількість і тематика навчально-методичних матеріалів, що розробляються);
- запланований рівень виплат персоналу;
- цілі взаємодії з партнерами (кількість угод про зовнішні процеси);
- цілі аудиту (згідно плану-графіка);
- цілі за обсягом ринку (кількість пацієнтів, які будуть охоплені певними послугами);
- кількість новітніх методів (діагностичних, лікувальних, профілактичних, організаційних), які планується впровадити.

1.3. Стандартизація в системі управління якістю в закладах охорони здоров'я

Вирішення проблеми якості здоров'я полягає в розробці механізмів регулювання, одним з яких є сертифікація системи управління якістю закладу охорони здоров'я на відповідність вимогам національного стандарту ДСТУ серії ISO 9000. Якість послуг вища, ніж згідно з ліцензійними вимогами, а якість обслуговування пацієнтів постійно покращується.

За даними МОЗ України: «у 2018 р. 129 закладів охорони здоров'я сертифікували свої системи управління якістю (35 – державної, 48 – комунальної, 46 – приватної форми власності), у 2017 р. – 95 (26 – державної, 30 – комунальної, 39 – приватної форми власності), у 2016 р. – 18 (по 6 закладів кожної форми власності)» [11, 12]. Зважаючи на те, що в Україні більше 3,5 тис. закладів охорони здоров'я, можна зробити висновок, що зазначений механізм регулювання якості медичної допомоги недостатньо поширений в Україні.

Важливим також є той факт, що ще деякий час тому існували державні стимулюючі механізми сертифікації, а саме наявність сертифікату відповідності системи управління якістю вимогам національного стандарту ДСТУ ISO 9000 для отримання найвищої акредитації. категорія закладів охорони здоров'я, спеціалізована та третинна допомога. Постановою КМУ від 13 березня 2019 р. № 215 проходження акредитації для закладів охорони здоров'я з 01.01.2019 р. стало добровільним [13]. Це відповідає міжнародним підходам до використання стандартів, сертифікації та акредитації медичних закладів; Проте глобальна сертифікація організацій стала важливим механізмом забезпечення якості та стала нормою між постачальниками та споживачами продукції/послуг усіх типів. Такий підхід дослідники визнали як стратегічну передумову вступу України до Європейського економічного співтовариства.

Однак у нашій країні, за умови добровільної акредитації, слабкий ринок і культура взаємовідносин споживач-постачальник цілком можуть знизити або втратити інтерес керівників медичних закладів у сертифікації своїх систем управління. У той же час використання стандартів системи менеджменту якості дозволяє керівникам керувати системою не на власний розсуд, покладаючись лише на власні знання та досвід та/або поради інших, а шляхом використання такої сучасної та досконалої інструмент, як стандарт управління.

На сьогодні є чинним міжнародний стандарт, специфічний для сфери охорони здоров'я, – «EN 15224:2016 (версія en) Quality management systems – EN ISO 9001:2015 for healthcare». З 01.01.2020 р. 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» [9]. Отже, директори закладів охорони здоров'я незабаром отримають спеціальний медичний стандарт для побудови та підтримки системи управління якістю у підпорядкованій установі. Перед використанням цього стандарту необхідно провести систематичний аналіз його вимог і зрозуміти відмінності від універсального стандарту «ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги», в чому полягала актуальність даного дослідження.

Наприклад, структура і зміст універсального стандарту на 10 розділів повністю відображені в медичному стандарті, але є доповнення та примітки з конкретними санітарними вимогами. У додатку до стандарту ці вимоги детально пояснюються. Відмінності стандарту для медичної допомоги включають уточнення термінології. Це дозволить керівникам закладів охорони здоров'я, аудиторам, іншим наглядовим органам, медичним працівникам і пацієнтам однозначно інтерпретувати це поняття та говорити загальноприйнятою мовою про якість допомоги.

Для сфери охорони здоров'я характеристики якості медичної допомоги представлені на рис. 1.2.



Рис. 1.2. Характеристики якості послуг закладів охорони здоров'я

Цей перелік характеристик дуже важливий, оскільки, згідно з науковими дослідженнями, визначення характеристик якості триває досить довго – з 1860 року, і включає погляди Томаса Сідінгема, А. Донабедіана, Джона Ретоввейта, експертів ВООЗ, Інституту медицини США, ОЕСР. Ці погляди дещо відрізняються, і постачальників медичних послуг просять самостійно визначити ці характеристики, враховуючи місцевий контекст. Тому чітке встановлення характеристик якості в стандарті на відміну від існуючих найбільш поширених шести (ефективність, результативність, справедливість, орієнтація на пацієнта, безпека, своєчасність) може значно полегшити це завдання для менеджерів охорони здоров'я.

У стандарті охорони здоров'я також чітко визначено поняття потреби в медичній допомозі (health need). Вони представлені як відхилення від поточного стану здоров'я по відношенню до бажаного стану здоров'я. Важливість цієї концепції полягає в тому, що її розуміння тісно пов'язане з головною метою закладу охорони здоров'я у сфері якості – забезпечити задоволення споживачів, визначаючи їхні потреби в охороні здоров'я та очікування здоров'я. система догляду.

Інтерпретацію концепції процесного підходу та елементів системи управління якістю для організацій охорони здоров'я слід розглядати як основне доповнення до стандарту охорони здоров'я.

Наприклад, процесний підхід має зосередитися на клінічних процесах, які забезпечують додаткову цінність для пацієнта через позитивний вплив на здоров'я. Клінічний процес є важливим, центральним і важливим процесом в управлінні якістю медичної допомоги. Термін «клінічний» означає сукупність усіх видів взаємодії пацієнта та медичних працівників незалежно від їхньої спеціалізації.

Початковий стан здоров'я пацієнта, який звертається за медичною допомогою, є предметом клінічного процесу на вході. Зміни стану здоров'я в результаті клінічної діяльності є «виходом» процесу, а сама клінічна

діяльність – це та сукупність дій, яка перетворює «входи» клінічного процесу у «виходи».

Клінічні процеси в закладі охорони здоров'я мають бути визначені за типом проблеми зі здоров'ям, а основні клієнти групуються відповідно до того ж типу проблеми зі здоров'ям. Це означає, що управління клінічними процесами має зосереджуватися на групах пацієнтів з тією ж патологією, а не на підрозділах, де вони отримують допомогу.

Клінічний процес тісно пов'язаний із забезпеченням ресурсами та процесами управління.

Доклінічні процеси впливають на якість клінічних результатів, включаючи управління знаннями. Знання застосовуються безпосередньо до клінічних процесів і тісно пов'язані з компетенцією персоналу, який володіє цими знаннями.

Керівник закладу, як відповідальна особа, повинен спрямовувати систему управління якістю на розвиток та підтримку медичних знань, забезпечуючи застосування найкращих наявних знань у наданні медичної допомоги шляхом навчання, формування знань, сприяння обміну. і поширення знань всередині організації.

Підвищення рівня знань Стандарту здоров'я можна досягти шляхом включення до системи управління якістю, крім клінічних процесів, ще двох типів процесів – освітніх та/або експериментальних медичних процесів, оскільки вони також безпосередньо орієнтовані на клієнта. Навчальний процес є втіленням усіх вправ, пов'язаних із здобуттям базової професійної освіти або підвищенням кваліфікації. Метою проведення наукових досліджень у закладах охорони здоров'я є отримання нових знань у сфері управління якістю медичної допомоги та використання їх у практичній діяльності.

Основою та основою системи управління якістю в закладах охорони здоров'я, згідно з вимогами стандарту, є управління клінічними процесами на основі циклу Демінга – PDCA (Плануй – Виконуй – Перевіряй – Впроваджуй зміни) та ризик-орієнтованого мислення.

Мислення, орієнтоване на ризики в галузі охорони здоров'я, пов'язане з необхідністю забезпечення безпеки пацієнта та розробкою профілактичних заходів ризику у їх взаємодії з закладом охорони здоров'я. Основні ризики, що впливають на здоров'я пацієнта, визначаються як клінічні ризики.

Клінічні ризики слід розглядати у зв'язку з наведеними вище одинадцятьма характеристиками якості здоров'я. Вони повинні бути в центрі уваги та розробки заходів щодо усунення, зменшення або мінімізації можливостей їх реалізації.

Висновок до першого розділу

Більшість країн з розвинутою економікою успішно використовують методи дослідження та форму інтегрованого підходу до управління всією еволюцією медичних послуг. Україна лише починає йти на цей шлях і має як перспективи, так і потребу в серйозних реформах для продуктивного функціонування всієї медичної галузі. Ці зміни потребують як чіткої законодавчої бази, так і функціонального підходу до інтегрованої системи управління якістю з координацією, аналізом та моніторингом. Орієнтація на клієнта допоможе задовольнити потреби пацієнтів та розвивати медичні послуги в інноваційному напрямку. Налагоджена система управління якістю є ефективним інструментом підвищення ефективності діяльності медичної організації та джерелом економічної вигоди. Якщо підвищити рівень кожної клініки, то підвищиться рівень медичних послуг по всій країні, а це означає, що можна розвивати і розвивати наукову медичну галузь.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я

Вивчення задоволеності пацієнтів різними аспектами охорони здоров'я є невід'ємною частиною оцінки систем охорони здоров'я в більшості країн світу з середини минулого століття. Наприклад, у Сполучених Штатах Америки, Канаді, Австралії, Норвегії тощо оцінка задоволеності медичним обслуговуванням стала важливою ще в 1950-1960-х роках, коли медична допомога стала ринковою, гроші йшли за пацієнтом. пацієнт став розглядатися переважно як споживач: більш активний суб'єкт, який бере участь у прийнятті рішень щодо діагностики та лікування, відповідальний за власне здоров'я».

Задоволеність чи невдоволення пацієнтів може стати показником поведінки їх клієнта, вплинути на користування ними послугами, стосунки з лікарем, відвідування клініки, написання скарг тощо. Зворотній зв'язок пацієнта – це єдиний канал, який допомагає вивчити потреба пацієнта в кращій медичній допомозі. Ступінь задоволеності пацієнтів визначається відмінностями між очікуваннями «ідеального медичного обслуговування» та сприйняттям реальної допомоги. У всьому світі споживач медичних послуг відіграє все більш важливу роль у реформуванні системи охорони здоров'я. Тому дуже важливо аналізувати такі дослідження. Наприклад, Вільямс Б. зазначає, що дослідження, які він вивчав, показують, що у пацієнтів може бути цілий ряд переконань, які виходять за межі терміна «задоволення». Тому важливо розуміти досвід і сприйняття пацієнтів.

Донабедіан, один із провідних дослідників із забезпечення якості здоров'я, розглянув концепцію задоволеності ширше, зазначивши, що задоволеність медичною допомогою є перш за все показником якості. Якість медичної допомоги є атрибутом останнього, яким вона може певною мірою

володіти. Тому при оцінці задоволеності охороною здоров'я важливий зв'язок із якістю.

Паско визначає задоволеність пацієнтів як їх емоційну реакцію та їхнє сприйняття отриманої медичної допомоги стосовно її технічної якості, ефективності та доступності. У дослідженні зазначається, що дослідження задоволеності є важливими для оцінки якості допомоги. Оскільки задоволеність є невід'ємною складовою якості, медична діагностика та лікування значною мірою залежать від точної передачі стану здоров'я пацієнтів та активної участі в процесі лікування. Моніторинг задоволеності допомагає виявити проблемні зони та покращити якість обслуговування.

Як зазначають інші автори, Fitzpatrick&Hopkins Незважаючи на широке використання цього терміна, задоволеність пацієнтів спочатку розглядалася як поняття, яке важко виміряти та інтерпретувати. Поняття задоволеності пацієнтів є складним і має багато вимірів, як технічних, так і міжособистісних, як у наданні медичної допомоги, так і в роботі медичних закладів (наприклад, привабливе середовище та зручне розташування закладу охорони здоров'я, велике місце для паркування автомобіль)».

Вищезазначене також підтверджується в інших роботах, в яких описано, що «дослідження задоволеності проводяться у зв'язку з двома основними детермінантами»: за соціально-демографічними факторами, тобто за особливостями особистості як споживача медичної допомоги. догляд та стимули для охорони здоров'я, аспекти догляду та ставлення та типи медичних працівників).

При цьому дуже важливо розмежувати критерії, які формують задоволеність пацієнтів. Саме це дає змогу зрозуміти причини невдоволення тим чи іншим компонентом амбулаторної допомоги. Тому ми проведемо аналіз соціологічних досліджень, проведених у всьому світі, щоб визначити, чи впливають соціально-демографічні характеристики на задоволеність.

Опитування, проведене в сільській місцевості Міннесоти (США), виміряло задоволеність амбулаторним лікуванням у 425 домогосподарствах.

Анкета була розроблена на основі профілю родини. Метою було дізнатися деталі запитів, пов'язаних із користуванням медичними послугами (який вид медичної допомоги споживається, її періодичність, в якому закладі надається, критерії вибору лікаря). Згідно з результатами, частота використання медичної допомоги протягом року була майже однаковою для жінок (26%) та чоловіків (30%). Достовірних відмінностей у рівні освіти пацієнтів не було. Серед професійних категорій пацієнтів, у тому числі телефонні дзвінки, статистично значущими були лише домогосподарки та пенсіонери. Їх середня кількість відвідувань була вищою, ніж студентів та працівників сільського господарства.

З точки зору задоволеності медичною допомогою, пацієнти з найнижчими доходами (менше 3000 доларів на рік) мали найнижчий рівень задоволеності наданням невідкладної допомоги. Особи з вищою освітою більше турбувалися про задоволення амбулаторної допомоги. Лише 2 з 18 показників (загальна задоволеність і людяність) були значною мірою пов'язані з професійним статусом пацієнта.

Наступне дослідження – репрезентативне перехресне дослідження, проведене в Косові. У ньому взяли участь 1039 учасників (87% отриманих відповідей): середній вік учасників 41+ – 16 років (56% жінок). Близько 50% задоволені загальною якістю медичних послуг, взаємовідносинами пацієнт-лікар та організацією допомоги. Найкращими (невеликими) були оцінені такі показники задоволеності, які були перевірені в дослідженні: «Ретельність підходу до ваших проблем», «Надання швидкої допомоги при невідкладних проблемах зі здоров'ям», а також персонал лікарні (крім лікаря). добре або відмінно) на 74%, 72% і 71% відповідно. А такий показник, як «Можливість поспілкуватися з лікуючим лікарем по телефону» був менш оцінений (37% добре або відмінно). Загалом загальна оцінка охорони здоров'я була задовільною, переважно серед молоді (56,2 відсотка проти 43,4 відсотка у пацієнтів старшого віку), чоловіків (48,7 відсотка проти 40,8 відсотка для жінок), міських жителів (54,1 відсотка порівняно з до 45,3% для сільських

жителів) Особи з вищою освітою (58,5% проти 46,6% для осіб з низьким рівнем освіти), фізичні особи, які працюють (60,2% проти 46,9% серед безробітних) та представники вищого соціального класу (60% проти 43,5% у нижчому соціальному класі).

Дослідження, проведене в Греції, спрямоване на вивчення задоволеності пацієнтів амбулаторною допомогою в онкологічній амбулаторії. Для збору даних використовували закриту анкету за 5-бальною шкалою Лайкерта. Питання, пов'язані з впливом демографічних та соціальних даних на пацієнтів, а також загальний процес обслуговування на задоволеність отриманою допомогою. Вибірка становила 100 пацієнтів (ОР: 76%), з яких 41,0% були у віці 45-65 років і 87,0% – жінки. За рівнем освіти 39,4% пацієнтів були неписьменними або мали початкову освіту, а 26,3% мали диплом. Результати дослідження показали, що онкохворі мають високий рівень задоволеності медичними послугами. Проте статистично значущих зв'язків між загальним задоволеністю та демографічними характеристиками пацієнтів виявлено не було. Проте було виявлено, що освіта та стать впливають на тип надаваних послуг.

Наступне дослідження, проведене в Сполучених Штатах Америки, спрямоване на визначення заздалегідь визначених (прогностичних) рівнів задоволеності амбулаторною допомогою у пацієнтів різного віку. Задоволеність кожного пацієнта оцінювалася за шкалою 45 балів. Хижаки в множинному регресійному аналізі визначали расу, сімейний стан, віддаленість від клініки, тяжкість захворювання, самооцінку здоров'я, кількість споживаних ліків, кількість відвідувань клініки. При цьому найбільшу вагу у маленьких пацієнтів становили: близькість до клініки та кількість відвідувань лікувального закладу за рік. Пацієнти старшого віку отримали найкраще амбулаторне задоволення з точки зору очікування та відвідування клініки. Крім того, задоволеність медичною допомогою значно корелювала з лікуванням у пацієнтів старшого віку, ніж у пацієнтів молодшого віку. Значна кореляція в оцінці тяжкості стану здоров'я пацієнтів виявлена як у пацієнтів

старшого віку, так і у молодших пацієнтів. Результати показали, що підвищення задоволеності амбулаторним лікуванням також може покращити рівень дотримання режиму лікування у пацієнтів старшого віку.

У Камбоджі було проведено дослідження для визначення впливу соціально-демографічних характеристик, таких як вік, стать, освіта та вид діяльності, на задоволеність пацієнтів амбулаторною допомогою, що надається приватним медичним закладом. Як інструмент дослідження раніше була розроблена структурована анкета. Статистично підрахована вибірка складалася з 200 респондентів віком від 18 років. Дослідження показало, що серед соціально-демографічних характеристик значний вплив на задоволеність пацієнта медичною допомогою мав рівень освіти респондента, однак жоден із компонентів доступності не мав істотного впливу на задоволеність пацієнтів.

Дослідження, проведене в Німеччині (92 заклади амбулаторної допомоги), вимірювало вплив соціально-демографічних факторів, таких як вік, стать, самоуявлення про здоров'я та медична практика, на задоволеність амбулаторною допомогою. Дослідження було засноване на вторинному аналізі даних опитування пацієнтів з використанням багаторівневого аналізу (узагальнена лінійна змішана модель, медична практика розглядається як випадковий ефект), з використанням послідовної стратегії моделювання. У ході дослідження було опитано 9888 дорослих пацієнтів, інструментом дослідження став анкета про задоволеність амбулаторною допомогою з точки зору пацієнта. Вплив соціально-демографічних факторів перевірено за чотирма вимірами задоволеності, серед яких: тип медичної практики закладу, знання пацієнта, ставлення лікаря – пацієнта, професійна компетентність. Для кожного вимірювання задоволеності було розроблено чотири моделі, а для всіх незалежних змінних були визначені регресійні фактори з 95-відсотковим довірчим інтервалом. Дослідження виявило, що такі соціально-демографічні характеристики, як стать та вік пацієнтів, мали слабкий вплив (максимальний коефіцієнт регресії 1,09, ДІ 0, 39; 1,08) Такі показники задоволеності, як

інформація про пацієнта, відносини з пацієнтом, професійна компетентність лікаря. Вплив медичної практики був нерівномірним. Найбільше вплинула самооцінка пацієнтів (максимальний коефіцієнт регресії 7,66, ДІ 6,69) за рейтингом задоволеності.

Дослідження, проведене в Уганді серед відвідувачів семи амбулаторних клінік, спрямоване на виявлення факторів, пов'язаних із загальним задоволенням амбулаторною допомогою. Це було крос – секційне дослідження, в якому пацієнтів опитували на виході з клініки. Критеріями оцінки були середній бал задоволеності. Дослідження показало, що середня задоволеність була вищою серед пацієнтів з початковою або середньою освітою, ніж з її відсутністю. Крім того, середня задоволеність була вищою серед пацієнтів із ВІЛ порівняно з загальними амбулаторними пацієнтами. Крім того, рівень задоволеності був нижчим у пацієнтів, чиї фінансові витрати на момент візиту становили не менше 1,5 дол. Пацієнтів підбадьорила компетентність лікаря. Найважливішими предикторами задоволеності були доступність, зручність, особливо при отриманні препарату.

У Швейцарії було проведено дослідження задоволеності пацієнтів амбулаторними відвідуваннями різних медичних закладів, а саме нової клініки, приватних лікарів, приватної багатопрофільної групової практики та університетської клініки. У дослідженні взяли участь 1027 дорослих пацієнтів. Задоволеність пацієнтів вимірювалася за допомогою анкети, що складається з 16 значень, програмованих від «Я повністю згоден» до «Я повністю не згоден». Основними предикторами були: типи лікувальних установ. Для включення також розглядалися вік, країна походження, стать, наявність особистого лікаря. Згідно з результатами, пацієнти, які зверталися до лікарів приватних груп, мали високий рівень задоволеності – (83,2) (за шкалою від 0 до 100) пацієнти університетських клінік мали рівень задоволеності (79,7), а пацієнти, які перебували в установах під спостереження лікаря протягом року (69,8, відмінності між групами $p < 0,001$). Міжгрупові відмінності були

більшими за такими критеріями, як загальна задоволеність доглядом, ніж задоволеність більш конкретними аспектами догляду.

З 2016 року в Україні проводиться репрезентативне дослідження під назвою «Індекс здоров'я». Україна» засновано міжнародним фондом «Відродження» та партнерами: Київським міжнародним інститутом соціології та Школою громадського здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія». Дане дослідження базується на базовому показнику стану здоров'я населення України. Поштовхом до впровадження даного дослідження стала розробка та затвердження Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 рр. Для оцінки узгодженості та впливу Стратегії необхідно створити систему запроваджено для моніторингу та оцінки доступності та якості медичної допомоги в Україні. Індекс здоров'я вирішує ці питання.

Дослідження складається з кількох кластерів запитань щодо сприйняття респондентами різних аспектів змін у системі охорони здоров'я в Україні, а також самооцінки респондентів власного здоров'я та індивідуальних особливостей способу життя.

Результати дослідження показують, що існують відмінності між соціально-демографічними характеристиками (вік, стать, освіта, тип населеного пункту, регіон проживання, рівень доходу) та задоволеність пацієнтів якістю амбулаторної медичної допомоги. Результати також показують, що чоловіки менш задоволені якістю амбулаторної медичної допомоги в невеликому відсотку. Менш задоволені люди з вищою освітою та доходами. «Дуже добре» оцінюють якість амбулаторної медичної допомоги респондентам з ступенем кандидата або кандидата наук та респондентам з початковою або нижчою загальною освітою. Крім того, дослідження показує, що оцінка задоволеності пацієнтів амбулаторною допомогою залежить від лікувального закладу. Так, наприклад, найкращі бали отримали такі лікувальні заклади, як фельдшерсько-акушерська амбулаторія (50% пацієнтів оцінили як «нормально» і 34% «добре»), міськрайонна/віддільна поліклініка (52,3%

«нормальна» та 30,3% «добре»), Центр первинної медико-санітарної допомоги (52,3% «нормально» та 25,4% «добре»). Лікарня Держдепартаменту і виклик лікаря додому були оцінені трохи нижче за критерієм «нормальний».

2.2. Оцінка ефективності пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного обслуговування

Міжнародні експерти ВООЗ визначають якість медичної допомоги як рівень, на якому системи охорони здоров'я досягають значущих цілей у покращенні здоров'я та задоволенні справедливих очікувань населення» та її основні критерії ефективної та своєчасної медичної допомоги, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів. потреби та ефективність лікування.

Із зміною патерналістської моделі стосунків лікар-партнер за останні десятиліття залучення самих пацієнтів до системи оцінки якості допомоги стало вимогою. Європейський досвід показав, що думка користувачів медичних послуг має бути невід'ємною частиною якості медичної допомоги та діяльності закладів охорони здоров'я. Фактично, опитування визначає ті аспекти охорони здоров'я, які є найбільш цінними для пацієнтів та населення в цілому, тобто найбільш точно відображають їхні основні потреби та очікування.

За підсумками 2018-2020рр. Науковими дослідженнями на базі стаціонарних закладів охорони здоров'я Миколаївської області встановлено, що рівень задоволеності медичною допомогою найбільше залежить від факторів, корекція яких не потребує значних фінансових витрат і може бути реалізована на рівні закладу. , а саме: інформаційно-етичні, викликані неналежним ставленням медичного персоналу, відсторонення пацієнтів від процесу прийняття рішень щодо призначених їм медичних втручань, недостатнє обговорення з пацієнтами можливих наслідків захворювання, недостатнє інформування пацієнтів про їхні права та зобов'язань, та медико-організаційних, викликаних недостатньою чіткістю та організованістю в діях медичного персоналу тощо.

З метою їх виправлення була розроблена та впроваджена модель удосконаленої системи управління якістю медичної допомоги, орієнтована на потреби та запити пацієнтів, основними нововведеннями якої були: моніторинг задоволеності пацієнтів наданими послугами, впровадження навчальні курси для медичного персоналу щодо спілкування з пацієнтами щодо їхніх прав та обов'язків за допомогою анкети про задоволеність якістю медичної допомоги.

Водночас у відповідь на затвердження МОЗ нових стандартів акредитації та методик розробки медико-технологічної документації в закладах охорони здоров'я області активно розроблялися та впроваджувалися локальні протоколи з клінічними маршрутами пацієнтів.

Крім того, передумовою отримання вищої акредитаційної категорії останнім часом стало запровадження Сертифікації системи менеджменту якості відповідно до вимог ISO 9001:2009 для закладів середньої та третинної медичної допомоги. Система управління якістю. Вимоги». Як відомо, ці стандарти базуються на моделі Continuous Quality Management (Continuous Quality Management), яка також орієнтована на задоволення клієнтів.

З огляду на те, що в Миколаївській обласній клінічній лікарні запроваджені всі ці заходи, це було обрано науковою основою дослідження.

За результатами опитування загальний рівень задоволеності пацієнтів медичною допомогою не змінився з 2018 року (79,0% проти 77,8%), але окремі складові цієї задоволеності значно відрізнялися.

Як видно з рису. 2.1 В результаті проведених заходів відбулися позитивні зміни в окремих параметрах інформаційно-етичних факторів. Найкращого результату досягнуто у покращенні ставлення лікарів до пацієнтів (87,1% проти 66,5%), тобто молодшого (84,6% проти 79,39%) медичного персоналу.



Рис. 2.1. Розподіл відповідей щодо задоволеності по інформаційним потребам пацієнтів

На нашу думку, отримані дані наочно свідчать про ефективність проведеного з лікарями тренінгу щодо розвитку навичок спілкування з пацієнтами. Зрозуміло, що такі вправи мають продовжуватися і включати молодших спеціалістів з медичною освітою та без неї.

Проте аналіз окремих складових взаємовідносин пацієнтів з медичним персоналом показав, що покращення спілкування лікарів з пацієнтами здійснювалося лише у зв'язку з партнерським обговоренням методів діагностики (83,3% проти 76,0% відповідно). Інші аспекти ще потребують виправлення, а саме: інформування пацієнтів про можливі наслідки захворювання (87,1% проти 82,5%), методи лікування (81,1% проти 80,9%), рекомендації після виписки (77,7% проти 79,8%). Подальша підготовка повинна підкреслювати важливість навчання пацієнтів щодо їхніх прав та обов'язків (70,8% проти 74,2%). У порівнянні з Інформаційно-етичним відділом, який, очевидно, не піддається виправленню, оскільки вимагає розвитку ставлення та комунікаційних навичок, запровадження локальних протоколів та системи постійного підвищення якості відповідно до стандартів

ISO 9001 зробило це можна отримати кращі результати в медико-організаційній складовій причин невдоволення пацієнтів.

Зокрема, як видно на рис. 2.2 задоволеність пацієнтів чіткістю, організованістю та координацією діяльності різних відділень охорони здоров'я зросла на 2,9-33,2% (з точки зору наочності). Значно покращився рівень задоволеності пацієнтів чіткістю медсестринського персоналу (79,8% проти 46,1%). Однак у лікарів (82,8% проти 78,2%), а також медичних техніків (79,0% проти 78,2%) цей напрямок роботи потребує подальшого вдосконалення.

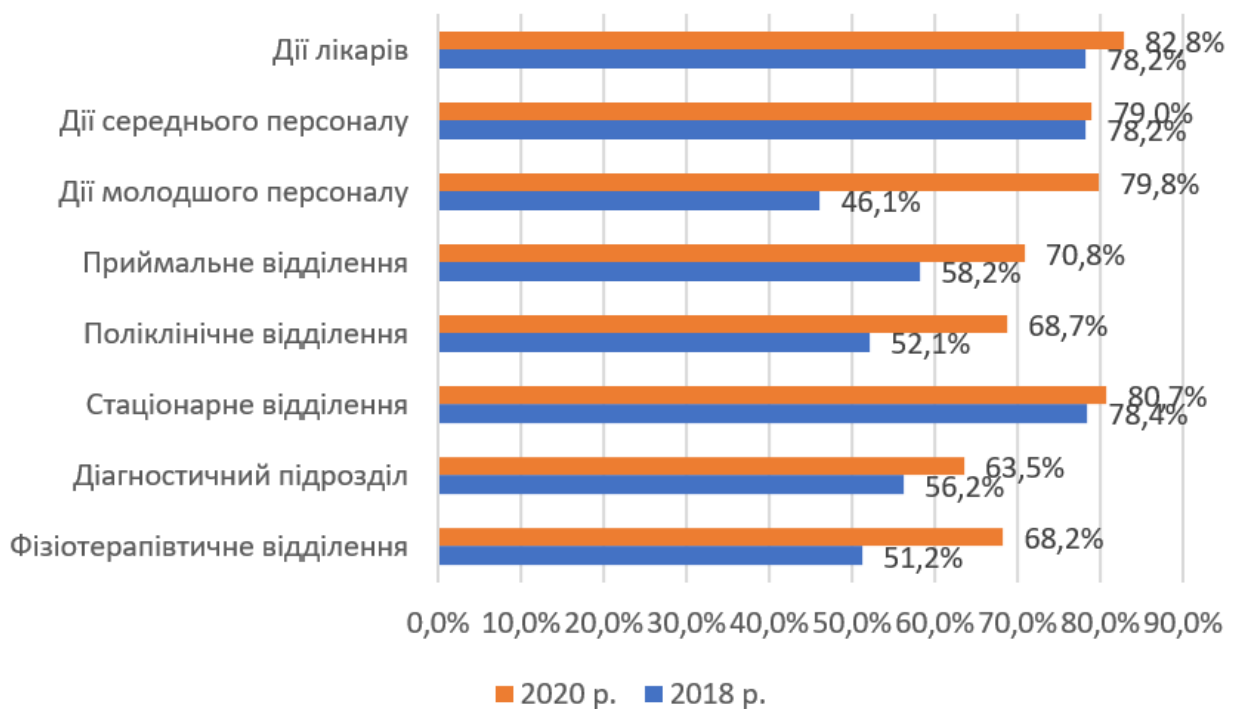


Рис. 2.2. Динаміка зміни оцінок пацієнтами якості медичного обслуговування

Загалом отримані результати наочно підтверджують необхідність та ефективність застосування локальних протоколів із клінічними маршрутами пацієнта. На нашу думку, краща організація медичної допомоги знайшла відображення також у покращенні задоволеності пацієнтів результатами самого лікування (81,6% проти 75,11% відповідно).

Проте зазначимо, що зросла кількість скарг щодо необхідності оплати медичних послуг (з 16,2% у 2018 році до 29,6% у 2020 році). Майже половина

респондентів постійно вказували на те, що їм доводиться платити за різні медичні послуги в різному ступені (42,5-57,3%). На нашу думку, це є відображенням системної проблеми недостатнього фінансування закладів охорони здоров'я, яку неможливо вирішити за допомогою організаційних заходів та покращення комунікаційних навичок персоналу.

Слід підкреслити, що в останні роки значна увага приділяється аналізу зацікавлених сторін у соціальній сфері. У всьому спектрі наукових підходів до теорії стейкхолдерів їхня роль у сфері охорони здоров'я заслуговує на особливу увагу. По-перше, взаємодія із зацікавленими сторонами в цій сфері є значною та складнішою, ніж подібні виробничі проблеми. По-друге, стратегія та поведінка стейкхолдерів у соціальних інститутах сильно залежать від інституційного середовища. Хоча соціальні ефекти є вторинними по відношенню до бізнес-середовища, у сфері охорони здоров'я ці ефекти є безпосередніми цілями взаємодії.

Якісні медичні послуги мають значний вплив на формування людського капіталу країни, підвищення якості життя населення і, на цій основі, на сталий соціально-економічний розвиток країни. Однак в Україні питання забезпечення якості роботи закладу охорони здоров'я залишається актуальним і невирішеним, оскільки, за науковими оцінками, показник структурної ефективності медичних послуг залишається низьким (36,0-44,0% залежно від по регіону) Тому ліцензування та акредитація в Україні здебільшого є формальними та не призвели до суттєвих покращень, а населення в переважній більшості незадоволене станом системи охорони здоров'я. Однак більшість причин низької якості – відсутність ефективного управління та залучення зацікавлених сторін. В Україні системи управління якістю, засновані на міжнародних або гармонізованих національних стандартах, не були поширені на сектор охорони здоров'я, де більшість населення отримує медичну допомогу.

Управління якістю охорони здоров'я складається з трьох основних напрямків: підвищення якості, підвищення якості та контроль якості. Сюди

входять усі заходи, спрямовані на створення системи забезпечення якості, підвищення якості існуючої системи охорони здоров'я, контроль якості (розробка стандартів, аудит, система моніторингу, самооцінка, зворотний зв'язок, управлінські дії, оцінка якості, процес змін).

Сьогодні простіше оцінити якість системи охорони здоров'я через опитування задоволеності населення наданими послугами. Саме задоволеність пацієнта взаємодією з медичною підсистемою визначається Європейським офісом ВООЗ як один із елементів, які необхідно враховувати для забезпечення якості допомоги.

Порівняння ситуації в регіонах дозволяє стверджувати, що у 2019 році високий рівень задоволеності всіма складовими системи охорони здоров'я виявили жителі Волинської, Донецької та Тернопільської областей. (а Харківська область, яка була одним із лідерів опитування 2018 року, у 2019 році отримала досить низькі бали майже за всіма показниками системи охорони здоров'я).

Зазначимо, що реформа у сфері охорони здоров'я також була сприйнята населенням Миколаївської області неоднозначно. По-перше, медичне обслуговування населення у 2019 році зросло на 0,4%. У сфері охорони здоров'я ціни зросли на 2,1 відсотка, у той час як ціни на послуги лікарень зросли на 8,7 відсотка, амбулаторні послуги на 6,0 відсотка та фармацевтику на 0,4 відсотка. цент. По-друге, якість наданих медичних послуг у 2018 році оцінювалася неоднозначно. Однак слід зазначити, що переважна більшість опитаних оцінили результати реформи (табл. 2.1).

Тенденції основних аспектів задоволеності населення медичною допомогою у 2018-2020 рр. Це свідчить про загальну тенденцію: переважна більшість населення задоволена медичною допомогою, яку надає сімейний лікар, але не дуже задоволена лікуванням у стаціонарі. Під час опитування респондентам було запропоновано відповісти на запитання, які, на вашу думку, основні проблеми в системі охорони здоров'я? Назвіть три проблеми, починаючи з найважливішої».

Табл. 2.1

Задоволеність населення Миколаївської області
медичною допомогою у 2018-2020 рр., %

Рік	Дільничними / терапевтами / сімейними лікарями	Педіатрами	Стоматологами	Вузькими спеціалістами в поліклініці	Швидкою медичною допомогою	Меддопомогою у стаціонарі	Меддопомогою у пологових будинках
2020	74,1	73,1	73,5	61,5		51,9	61,1
2019	72,3	70,7	54,3	68,1	68,0	51,4	62,5
2018	65,8	72,3	73,1	65,7	75,2	62,5	65,8

Якщо аналізувати перший вибір респондентів щодо проблем охорони здоров'я, то найвищий рівень стурбованості викликають: висока вартість ліків (21,9% у 2019 р. і 21% у 2020 р.); корупція в Міністерстві охорони здоров'я (20,2 % у 2019 р. і 20,3% у 2020 р.), брак сучасного обладнання (10,3% у 2019 р. і 11,7% у 2020 р.); неформальні платежі пацієнтів (11,6% у 2019 р. та у 2020 р.). Водночас привертає увагу скорочення частки тих, хто вважає проблемою високу вартість лікування: з 13,8% у 2019 р. до 10% у 2020 р.

Про якість діяльності закладу охорони здоров'я непрямым методом можна судити на основі аналізу звернень населення до управління охорони здоров'я. Так, всього за 2020 рік в управлінні охорони здоров'я Миколаївській міської ради розглянуто 161 письмове звернення, що становить 21,97 на 10 тис. населення (219 письмових звернень – 29,7 на 10 тис. населення у 2020), на особистому прийомі прийнято 52 особи (48 – у 2020).

У 2020 році було подано 30% усіх письмових скарг (362 випадки), що свідчило про те, що пацієнти були незадоволені, і тому якість ЕРА була поганою. Завдяки високій якості медичної допомоги лише 2,6 відсотка. Однак слід мати на увазі, що люди частіше скаржаться, коли вони незадоволені, ніж дякувати, коли отримують високоякісні послуги.

Таким чином, з даних можна зробити висновок, що існуюча система документування результатів комунальної обробки не орієнтована на оцінку якості за структурними характеристиками, неможливо ефективно залучити стейкхолдерів до процесу вдосконалення критеріїв якості.

Висновки до другого розділу

Аналіз проведених досліджень показав, що існує прямий вплив соціально-демографічних факторів (вік, стать, рівень освіти, рівень доходу, досвід пацієнта, самооцінка стану здоров'я пацієнта). з якістю амбулаторної допомоги. таким чином:

- чим вищий рівень доходів пацієнтів, тим краща оцінка задоволеності наданням амбулаторної допомоги;
- самооцінка стану здоров'я пацієнтів найбільше впливає на задоволеність амбулаторною допомогою, особливо у літніх людей, схильних до переоцінки власного здоров'я;
- високий рівень задоволеності в країнах з різним рівнем економічного розвитку виявлено серед пацієнтів з вищим рівнем освіти. цей показник найбільш яскраво виражений у країнах, що розвиваються;
- пацієнти, закріплені за «своїм» лікарем, більш задоволені якістю амбулаторної медичної допомоги, ніж ті пацієнти, які вперше отримали послугу лікаря.

Опитування задоволеності пацієнтів є важливим інструментом для забезпечення якості допомоги. Врахування результатів таких досліджень сприятиме формуванню політики пацієнто-орієнтованого обслуговування.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Залучення стейкхолдерів до управлінні якістю закладу охорони здоров'я

Формування та обмін відповідними цінностями з кожною зацікавленою цільовою групою, з акцентом на довгострокове партнерство, лягло в основу теорії стейкхолдерів Фрідмана, згідно з якою стейкхолдером є група або особа, що може вплинути на цілі або роботу організації. в загальному. Вітчизняні управлінські практики в галузі охорони здоров'я в період реформ і трансформацій відкрито продемонстрували гнучкість, актуальність, орієнтованість на результат, але проблема стосунків із зацікавленими сторонами залишається актуальною, оскільки кожна з них має прямий або опосередкований вплив. Основне завдання роботи зі стейкхолдерами з точки зору якості – створити умови, в яких заклад охорони здоров'я зможе успішно та стабільно розвиватися, мінімізуючи стратегічні несподіванки.

Відповідно до теорії стейкхолдерів, при формуванні напряму діяльності організації необхідно враховувати інтереси стейкхолдерів, типу неформальної коаліції. Медичні служби не є винятком, і інституційні одиниці державного та недержавного секторів також взаємодіють із зацікавленими сторонами. Ряд авторів визначають стейкхолдерів у секторі охорони здоров'я як зацікавлених сторін (фізичних чи юридичних осіб), які можуть бути структуровані та згруповані в групи, які мають прямий або опосередкований вплив на організацію охорони здоров'я (капітал, робоча сила, ресурси, купівельна спроможність) тощо. .

Основною метою визначення зацікавлених сторін та створення агрегованих типів стейкхолдерів є підвищення соціальної відповідальності організацій охорони здоров'я перед зацікавленими сторонами та покращення роботи медичних послуг громадських (муніципальних) організацій. Досвід показав, що балансування запитів стейкхолдерів дозволяє медичній організації

проводити збалансовану діяльність для досягнення стійкого успіху. Моніторинг зацікавлених сторін базується на визначенні їх видів, зборі та накопиченні інформації про їхню діяльність, яка є одним з інструментів, які можна використовувати для реалізації стратегії залучення.

Побудова відносин із зацікавленими сторонами, як правило, спрямована на адаптацію медичної організації до її оточення. Адаптація медичної організації до зовнішнього та внутрішнього середовища – це процес, спрямований на «згладжування кутів» у взаємодії із зацікавленими сторонами з метою зменшення негативних наслідків та підвищення якості управління в організації.

У свою чергу, взаємодія зі стейкхолдерами передбачає активний взаємовплив шляхом побудови різних видів комунікацій. Можна виділити наступні етапи взаємодії організації із стейкхолдерами: ідентифікація стейкхолдерів та їх групування за типами, визначення основних сфер взаємодії з групами стейкхолдерів, оцінка впливу груп стейкхолдерів на організацію, розробка алгоритму управління очікуваннями стейкхолдерів. групи стейкхолдерів, аналізуючи результати контролю та прийняття рішень.

У рамках даного дослідження, а також виходячи із завдання дослідження управління якістю охорони здоров'я, вважаємо за доцільне більш детально розглянути типізацію стейкхолдерів за рівнем їх впливу на критерій якості для організація. Зацікавлені сторони класифікуються за трьома ознаками, які можуть бути або не бути присутніми в групі стейкхолдерів, а саме: за їх повноваженнями щодо закладу охорони здоров'я, їх легітимністю (приналежністю) та вимогливістю до організації. У зонах перетину можна сформувати відповідно сім типів стейкхолдерів із переліком зацікавлених осіб, включених до закладу охорони здоров'я (рис. 3.1). Наприклад, дискреційний тип – це легітимний чи законний стейкхолдер закладу охорони здоров'я, але він не відрізняється можливістю реалізувати на практиці у співпраці. Пасивний тип має достатню потужність, але мало зацікавлений у побудові ефективних комунікацій.

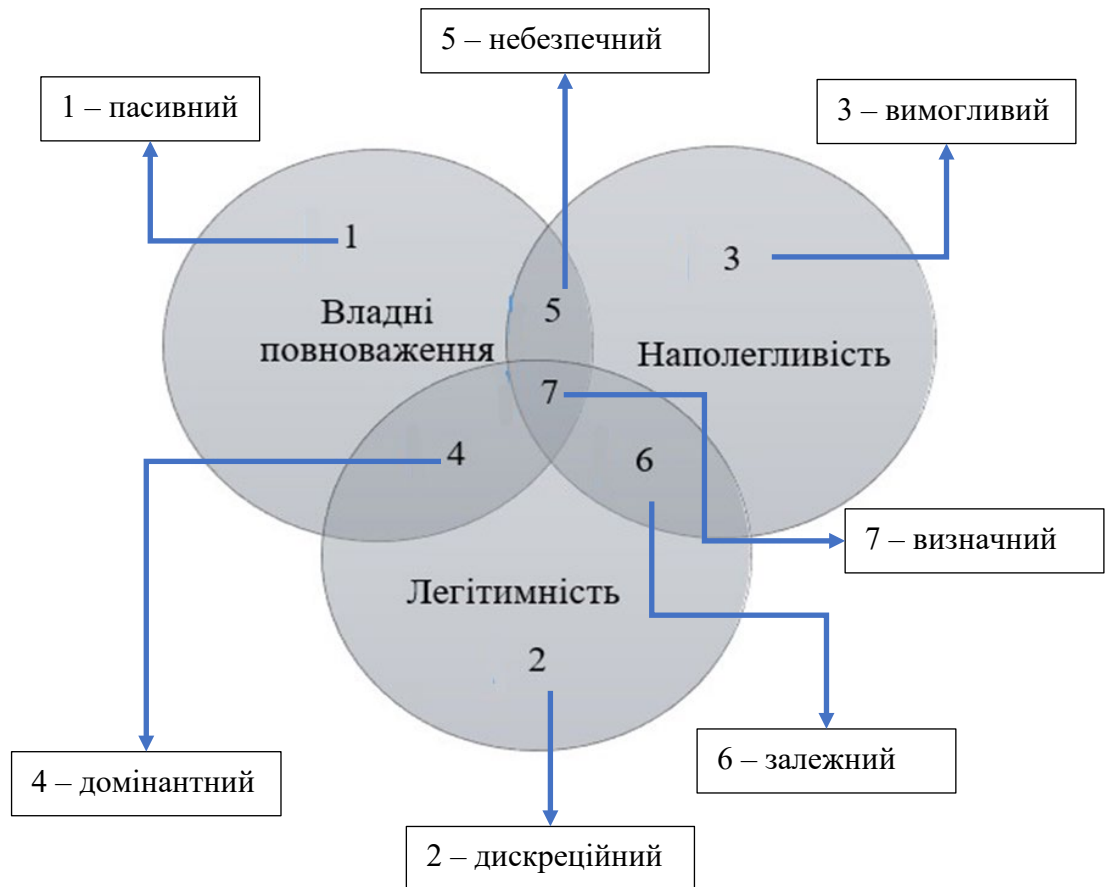


Рис. 3.1. Типи стейкхолдерів закладу охорони здоров'я

Стейкхолдери, які перебувають під функціональним впливом закладу охорони здоров'я, загалом вважаються вимогливим і залежним типом. Ці типи зазвичай стійкі до змін, тому інформування таких стейкхолдерів має на меті пояснити та обґрунтувати необхідність трансформації та трансформації. Домінантний; небезпечні та певні види стейкхолдерів є найбільш значущими та важливими для процесу управління якістю закладу охорони здоров'я. Для кожного з цих типів необхідно розробити індивідуальну стратегію взаємодії.

Низка сучасних досліджень поведінки зацікавлених сторін зосереджена на визначенні та описі різних способів, якими зацікавлені сторони можуть впливати або формувати корпоративну діяльність. Крім того, значна увага приділяється факторам, які впливають на вибір різних стратегій взаємодії з такими зацікавленими сторонами. Вплив зацікавлених сторін лежить в основі стейкхолдерного аналізу, який передбачає визначення підходів до управління якістю організацій із залученням усіх видатних груп. Важливість аналізу

зацікавлених сторін зростає, оскільки світ стає все більш глобалізованим, а концепція сталого розвитку стає все більш поширеною.

Відповідно до цього доцільно сформувати матрицю взаємодії закладу охорони здоров'я з певними типами стейкхолдерів на основі вектора якості. Взаємодія для визначення значущості кожного типу стейкхолдерів в управлінні якістю організації (рис. 3.2).

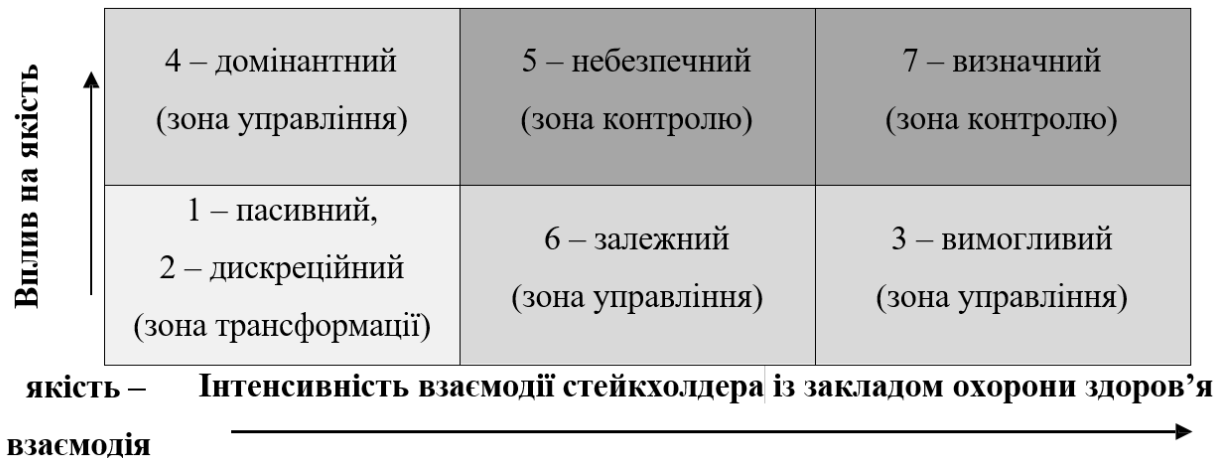


Рис. 3.2. Матриця стейкхолдерів закладу охорони здоров'я за рівнем впливу на якість діяльності

Наприклад, типи стейкхолдерів, визначені як пасивні та дискреційні, можуть бути віднесені до зони трансформації взаємодії. Це означає, що завдання громадського здоров'я полягає в моніторингу таких стейкхолдерів з метою виявлення змін у їхніх вимогах та очікуваннях та переходу від перших двох типів до інших у процесі зміни інтенсивності взаємодії. Стейкхолдери, які класифікуються як залежні, вимогливі та домінантні типи, поміщаються в зону управління якістю закладу охорони здоров'я.

Взаємодія з такими стейкхолдерами, побудова ефективної комунікації з ними та відповідна інформаційна політика закладу охорони здоров'я можуть призвести до значного покращення оцінки якості. Окремо для домінантного типу, враховуючи його значний вплив та низьку інтенсивність взаємодії, найефективніший метод «відкладених комунікацій» з обмеженою інформацією лише про офіційну інформацію.

Остання область згідно з матрицею є зоною підвищеного контролю. Його можна охарактеризувати як небезпечного та видатного стейкхолдера з високою потужністю та значним інтересом з боку ключової групи зацікавлених сторін, тому взаємодія з ними потребує ретельного аналізу та моніторингу на всіх етапах.

Приклад аналізу стейкхолдерів за типами та напрямками взаємодії щодо поліпшення якості діяльності комунального некомерційного підприємства Миколаївської міської ради "Центр первинної медико-санітарної допомоги №1" (ЦПМД №1) наведений в табл. 3.2 Центр створено для задоволення потреб населення в первинній медико-санітарній допомозі, яке є основною зацікавленою стороною організації.

Таблиця 3.2

Взаємодія закладу охорони здоров'я із основними стейкхолдерами

Типи стейкхолдерів закладу охорони здоров'я	Приклад стейкхолдера	Зміст взаємодії	Напрями співпраці для підвищення якості роботи
Пасивний	Миколаївська міська об'єднана територіальна громада	Інформування	Надання вичерпної інформації про діяльність закладу охорони здоров'я
Дискреційний	Міське населення через Миколаївську міську раду	Залучення	Збільшення участі місцевих органів у контролі якості
Вимогливий	Постачальники, партнери	Постачання	Покращення логістичних послуг, інновації
Домінантний	Сектор державного управління – Міністерство охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України	Оптимізація	Інформація, виконання та виконання
Небезпечний	Приватні медичні заклади	Конкуренція	Дослідження ринку медичних послуг, підвищення конкурентоспроможності
Залежний	Співробітники – менеджери, лікарі, середній та молодший медичний персонал	Розвиток	Мотивація, стимулювання, розвиток навичок
Визначний	Користувачі медичних послуг – населення м. Миколаїв	Задоволення потреб	Моніторинг якості, розширення послуг

До різних типів стейкхолдерів ми також відносимо постачальників, конкурентів, об'єднану міську територіальну громаду, органи влади та місцевого самоврядування. Для кожного з цих типів стейкхолдерів представлені напрямки та визначено зміст і мета взаємодії.

Тенденції реалізації політики охорони здоров'я свідчать про комплексні спроби розвитку автономії державних (комунальних) установ, у тому числі фінансової автономії, прийняття відповідальності за власну діяльність, що зобов'язує їх керівництво переглянути підходи до корпоративного управління. Принципи та методи підходу стейкхолдерів дозволяють перейти до управління результатами для досягнення цілей якості відповідно до національних та міжнародних стандартів.

3.2. Удосконалення управління якістю медичної допомоги на засадах комплексної інформатизації

Розвиток та підвищення якості медичної допомоги в Україні є одним із основних напрямів державної політики охорони здоров'я, складові якого визначено "Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року" [3] та "Галузевою програмою стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року" [4].

На сучасному етапі розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я керівництво медичних закладів зазнає суттєвих змін. Якісного вирішення проблем, які стоять перед закладами охорони здоров'я з метою підвищення якості медичної допомоги, неможливо досягти без використання інформаційних технологій. Діяльність закладів охорони здоров'я відбувається на тлі масового обміну інформацією між основними суб'єктами медичного процесу: пацієнтами, персоналом та керівництвом, у деяких випадках до обміну залучені зовнішні установи – інші лікарні, дані, уряди, страхові компанії тощо. Управління діагностично-лікувальним процесом вимагає дотримання стандартів і норм надання медичної допомоги, які передбачають певні процедури формування, зберігання, обробки та обміну інформацією.

Очевидно, що інтерес у застосуванні сучасних інформаційних технологій в охороні здоров'я полягає в їх здатності надавати значну допомогу керівникам та медичним працівникам у зборі, зберіганні, пошуку та обробці інформації, необхідної для надання якісної медичної допомоги пацієнтам. .

Впровадження інтегрованої інформаційної системи впливає на організацію роботи закладу охорони здоров'я, змінює відносини між окремими соціальними групами та порушує важливі питання, зокрема, пов'язані з конфіденційністю даних та доступністю медичного персоналу для ознайомлення з керівництвом. Тому на підготовчому етапі важливо було отримати думку учасників терапевтично-діагностичного процесу щодо впровадження інформаційних інновацій, тобто оцінити їх мотивацію.

За результатами опитування 74,5% медперсоналу вважають перспективним використання інформаційних технологій при наданні медичної допомоги, а 64,1% пацієнтів підтримують використання Інтернету під час надання медичної допомоги, запису на прийом або отримати консультацію. Використання електронних носіїв медичної інформації дає змогу залучити мотивований медичний персонал до проектної роботи для розробки комплексної інформаційної системи якості медичної допомоги (рис. 3.3).

Розглянемо більш детально етапи впровадження проектних розробок інформаційної системи управління якістю медичної допомоги.

1. Встановлення локально розробленої комп'ютерної мережі медичного закладу із серверами для зберігання та тестування даних. Локальна комп'ютерна мережа є ядром технічної складової системи комплексної комп'ютеризації медичних закладів, яка охоплює всі адміністративно-медичні підрозділи та призначена для забезпечення ефективного доступу до інформаційних серверів поліклініки, інформаційних серверів медичних закладів. закладів МОЗ України та інших установ, Доступ до національних та міжнародних мереж охорони здоров'я та глобальної мережі Інтернет. Загальна структура закладу охорони здоров'я налічує близько 250 приєднань.



Рис. 3.3. Характеристики якості послуг закладів охорони здоров'я

Встановлення системи локальної комп'ютерної мережі передбачає створення системи автоматизованих робочих місць для медичного персоналу лікувально-профілактичного закладу; Об'єднання робочих станцій у локальну телекомунікаційну мережу для забезпечення обміну даними між її користувачами та надання можливості користувачам спілкуватися із зовнішніми комп'ютерними мережами.

Слід підкреслити, що переваги комп'ютеризації управління терапевтично-діагностичним процесом можуть бути реалізовані в повній мірі, коли створені автоматизовані робочі місця будуть відповідати концептуальним вимогам за своїм призначенням, а медичний персонал досягне певного рівня знання інформації. технології в новому робочому середовищі.

2. Впровадження технології доступу до медичних даних пацієнта та їх представлення в українському інформаційному просторі та в міжнародному інформаційному просторі. Виконання робіт у цій сфері забезпечує, перш за все, надійне функціонування технічної та програмно-технічної складових комплексної системи інформатизації установи, підтримку та захист інформаційних ресурсів її користувачів.

Програма передбачає систематичне виконання наступних завдань: запуск і планова конфігурація мережі, серверів і робочих станцій; системне адміністрування мережі медичних закладів; або немережевий сервіс користувачів мережі; Підтримка ресурсів загального користування (база даних пацієнтів та електронний каталог медичних карт, медичний та сестринський реєстр, бібліотека електронних інформаційних ресурсів тощо) Здійснення комплексу організаційних заходів щодо забезпечення сприятливих організаційних умов для інформатизації закладу; реєстрація авторських прав на нові розробки та інновації у сфері інформатизації медицини.

3. Розробка та підтримка сайту закладу охорони здоров'я. Для забезпечення комунікації пацієнтів з медичним персоналом, їх оперативного інформування та представлення медичного закладу в мережі Інтернет програма інформатизації передбачає: Розробку структури, Дизайн сайту медичного закладу; створення

контенту (контенту) сайту; розробка та адаптація програмних засобів для підтримки сайту; розміщення на веб-сервері та реєстрація в пошукових системах; адміністрування та розробка сайту. Окрім типових розділів, на сайті медичного закладу є пункти меню, пов'язані з наданням зворотного зв'язку відвідувачам, такі як: графік прийому лікаря та картка пацієнта; Інтернет-аптека; форум про напрямки лікування; Гостьова книга; інтерв'ю відвідувачів сайту з певного кола питань тощо.

Враховуючи, що метою програми інформатизації медичного закладу є підвищення якості медичної допомоги шляхом надання медичного персоналу максимально повної інформації про стан здоров'я пацієнтів, наприклад, у разі звернення пацієнтів за медичною допомогою. допомоги різних медичних закладів, сайт забезпечує швидкий віддалений доступ до медичних даних пацієнтів. Тому окремою вимогою є забезпечення конфіденційності пацієнта та доступу до інформації про пацієнта з паролем.

4. Запровадження електронного документообігу між підрозділами медичного закладу. Впровадженню електронного документообігу передувала конкретна підготовча робота. Зокрема, розробка структурної моделі віртуального простору закладу, її апробація в мережі та її вдосконалення; формування загальних ресурсів користувача в дисковому просторі мережі; Аналіз документообігу та інформаційних потоків та впровадження комплексу програмних засобів для автоматизації документообігу, спілкування користувачів мережі, створення шаблонів документів.

Ключовою ланкою в електронному документообігу є запровадження електронної медичної картки пацієнта, основною метою якої є сприяння покращенню лікування пацієнта. У медичній картці пацієнта узагальнено те, що з ним сталося в минулому, зафіксовано спостереження, результати діагностики та план лікування. Це дозволяє медичним працівникам мати доступ до даних, зібраних протягом достатньо тривалого періоду часу, і таким чином вивчати стан здоров'я та хвороби пацієнта.

У медичних стаціонарах медична карта є основним «проводником» діяльності медичного персоналу. Лікарі розпочинають діагностико-терапевтичні дії, виписуючи інструкції на рецептах та бланках направлення. Медичний персонал, спеціалісти, одержуючи рецепти та розпорядження, по черзі фіксують свої дії та спостереження; наприклад, лаборанти записують результати лабораторних досліджень, фармацевти записують випуск ліків, а медсестри записують подробиці своєї взаємодії з пацієнтами. Амбулаторна медична карта допомагає забезпечити безперервність лікування від одного відвідування до іншого.

Відомо, що моніторинг дотримання медичних стандартів та акредитація медичних закладів здійснюються на підставі інформації, що міститься в медичній документації. Тому медична карта є основою клінічного аудиту та оцінки якості медичної допомоги.

Таким чином, центральною ланкою електронного засобу віддаленого доступу до медичних даних пацієнта є електронна медична (амбулаторна) карта пацієнта – повна електронна копія всіх записів з медичної картки особи на визначену дату, що зберігається на спеціальному закладі. сервер, який генерує коди доступу та забезпечує цілодобовий надійний доступ (у тому числі віддалений) до медичної документації пацієнта, конфіденційність та безпеку. Електронні медичні картки пацієнтів індексуються програмним забезпеченням бази даних.

Основними принципами створення та використання даних електронної медичної карти пацієнта є її доступність та унікальність. Інформація про картку пацієнта доступна, коли і де це необхідно. Незалежно від того, чи передається інформація комп'ютерними мережами, чи створено сховище інформації з усіх можливих джерел (лікарні, кабінети лікарів, лабораторії чи аптеки), кожен раз, коли вона потрібна, вона доступна лише з одного конкретного сховища (бази даних).

Електронна медична карта містить такі дані: 1) демографічні дані, профілактичні огляди, оцінки лікаря, результати аналізів та обстежень,

проведених протягом життя пацієнта; 2) записи лікування (стаціонарного та амбулаторного), включаючи всі медичні призначення, догляд, терапію, записи про хід лікування та стан пацієнта після лікування; 3) засоби зв'язку з усіма довідковими пунктами із зазначенням режиму роботи та місця розташування.

На сучасному етапі розвитку комп'ютерних технологій електронна історія хвороби може створюватися і заповнюватися за допомогою мультимедійних засобів і включати різні види цифрової інформації (текст, голос, зображення, відео).

Основними технологічними напрямками електронної історії хвороби пацієнта є:

а) Порядок видачі інформації – он-лайн або через персональний комп'ютер ЛКМ – за запитом лікарів та медичного персоналу, за особистим запитом та за розпорядженням особи, на яку медична карта ведеться в мед. установи або в порядку, встановленому законом. Доступ здійснюється за паролем;

б) Технологія зберігання та відтворення даних за допомогою спеціалізованого програмного забезпечення, що підтримує різні формати баз даних;

в) Конфіденційність інформації про пацієнта;

г) Отримання аналітичних та статистичних даних про стан здоров'я пацієнта та роботу структурних підрозділів за різними критеріями;

д) Функціональність – підтримка автоматизованого пошуку, сортування та відтворення даних у різних форматах;

е) Оцінка ефективності використання технології електронної історії хвороби для подальшої роботи в середовищі медичного страхування.

Підводячи підсумок, необхідно узагальнити значення та корисність електронної історії хвороби та швидкого віддаленого доступу до медичних даних: онлайн медичні послуги для пацієнтів; створення банку наукових, навчальних, організаційно-методичних інформаційних ресурсів; швидкий доступ медичного персоналу до медичних даних пацієнта; ефективне використання робочого часу медичного персоналу; Створення та розвиток веб-

сайту медичного закладу зі зворотним зв'язком з відвідувачами сайту підвищує якість медичних послуг, їх доступність та суттєво впливає на імідж медичного закладу.

Розроблено та впроваджено заходи щодо забезпечення конфіденційності інформації про пацієнтів, що генерується за допомогою комп'ютерного алгоритму.

5. Розробка та впровадження пластикових карток для ідентифікації та доступу до медичної інформації при наданні медичної допомоги. З метою збільшення потужності електронну пластикову картку впровадили у більш вимогливі медичні підрозділи, зокрема у відділеннях лабораторної діагностики та обліку пацієнтів. Використовується як ідентифікатор доступу до медичної інформації та як логін для доступу до особистої інформації пацієнта через веб-портал науково-практичного центру. Слід зазначити, що медична інформація не зберігається на карті. Доступ до медичної інформації здійснюється за номером картки та паролем, відомим лише пацієнту або уповноваженим особам.

Картка скорочує час оформлення паспорта пацієнта та зменшує кількість помилок у медичній документації. Для віддаленого доступу до медичної інформації картка використовується як носій для входу (номери), за допомогою якого можна отримати доступ до розділів особистої історії хвороби пацієнта. Для локального використання картки в відділеннях, де реєструються пацієнти, встановлюються картридери, як в реєстратурі, так і в клініко-діагностичних відділеннях. Ідентифікаційну картку отримує кожна особа, яка прикріплена до служби в медичному закладі.

6. Підвищення кваліфікації користувачів комп'ютерної мережі. Для підготовки персоналу медичного закладу до роботи в ЛКМ спеціалістами інформаційно-аналітичного відділу та навчального центру розроблено спецкурс «Основи комп'ютерної грамотності та роботи в комп'ютерних мережах». Матеріал спецкурсу носить синтетично-розвідувальний характер, з викладанням теоретичного та навчально-прикладного матеріалу та наданням практичних навичок роботи з машинами персонального комп'ютера (ПК) у практичній

роботі, Висвітлення прийомів роботи з сучасними ПК. програмне забезпечення та комп'ютерні мережі.

Результати оцінки реалізації проекту «Комплексна інформаційна система охорони здоров'я з використанням електронних засобів швидкого віддаленого доступу до медичних даних пацієнта» свідчать про зменшення на 30 відсотків кількості годин, витрачених спеціалістами на обробку записів та звітів. , скорочення часу очікування пацієнтів на звернення до лікаря та отримання діагностичних та лікувальних процедур. Це призвело до збільшення потужності закладу охорони здоров'я на 15 відсотків.

Важливою перевагою впровадження інформаційної системи медичного закладу є розвантаження лікарів та середнього медичного персоналу, де відпадає потреба у довгостроковому обліку амбулаторії та статистичних амбулаторних путівок, заповнення значної кількості журнали, встановлені МОЗ. Ці реєстри створюються автоматично, що дозволяє медперсоналу відділень приділяти більше уваги пацієнту. За допомогою системи електронної реєстрації лікарі-консультанти можуть отримувати інформацію про пацієнтів, які прийняті до них у будь-який день дистанційно, що дає змогу більш раціонально використовувати робочий час для підготовки до прийому пацієнта. Завдяки впровадженню електронної документації лікар має можливість не тільки скоротити час на оформлення та видачу медичних документів, але й створити автоматичний звіт про свою роботу.

Висновок до третього розділу

Впровадження системи комп'ютеризації ДНЗ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Управління державними кейсами ефективно підтримало прийняття управлінських рішень багатопрофільними менеджерами охорони здоров'я, а також медичними працівниками для підвищення якості наданої допомоги до постійного населення.

Включення в єдину мережу багатофункціональних підрозділів медичного закладу дало змогу шляхом їх взаємодії із системою моніторингу споживання матеріалів та лікарських засобів здійснювати економічні розрахунки, Виконання

вимог щодо запровадження принципів медичного страхування. в управлінні закладами охорони здоров'я.

Впровадження електронної історії хвороби пацієнта сприяє ефективному плануванню та використанню робочого часу медичного персоналу, скороченню часу обслуговування пацієнтів, прискоренню збору інформації про різноманітні обстеження пацієнтів; Забезпечує автоматичне формування обліково-звітних статистичних форм та отримання узагальненої інформації про пацієнтів; використання персональних пластикових карток-ідентифікаторів дає змогу отримати медичну інформацію про пацієнта в будь-який момент надання медичної допомоги через глобальну мережу Інтернет.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в медичному кабінеті

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 і шкідливими. 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 60 кв/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 та інших систем організму.

Проведені вченими дослідження показують, що перемінні магнітні поля з частотою 60 Гц можуть викликати очні захворювання, злоякісні пухлини, зниження імунного стану організму.

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

У цілому, користувач ЕОМ не зіштовхується з яким-небудь особливими психічними чи емоційними проблемами. Дослідження показали одиничні випадки психічних зривів у результаті тривалої роботи на комп'ютері. Проте, рекомендується вживати заходи 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 ймовірності професійних захворювань доцільно приймати наступні профілактичні заходи: забезпечення робочих місць зручними столами і стільцями, раціональна організація роботи, ергономічне проектування дисплеїв, клавіатури і підставок для документів.

Максимальний час роботи тієї чи іншої людини на комп'ютері варіюється, але не повинно 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 ніж 2м.

Основним джерелом ергономічних проблем, пов'язаних з охороною здоров'я людей, які використовують у своїй роботі персональні комп'ютери, є дисплеї з електронопроміневими 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, зв'язані з пилом, що накопичується на електростатично-заряджених екранах, що впливає на користувача під час його роботи за дисплеєм. Результати медичних досліджень показують, що такий електризований пил може викликати запалення шкіри.

Електромагнітне випромінювання створюється магнітними котушками системи, що знаходяться біля цокольної частини ЄПТ. Спеціальні виміри показали, що невидимі силові поля з'являються навіть навколо голови оператора під час його роботи за дисплеєм.

Людині, ймовірно, вже ніколи не вдасться цілком уникнути шкідливого 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 освітлення, 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, від сонячної радіації, приплив теплоти через непрозорі огорожувальні конструкції.

Основним тепловиділяючим устаткуванням у дисплейному залі є ЕОМ – в середньому до 80% сумарних виділень. Тепловиділення від приладів освітлення складають у середньому 12%. Надходження теплоти від обслуговуючого

персоналу – 1%, від сонячної радіації – 6%, приплив теплоти через непрозорі конструкції – 1%. Ці джерела теплоти є постійними.

На організм людини і роботу комп'ютерів впливає відносна вологість повітря. При вологості повітря до 40% стає тендітно 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, які 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.

Вимоги до електробезпеки. 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, яке опинилося під напругою в результаті ушкодження ізоляції, не подають яких-небудь сигналів, що попереджали б людини про небезпеку. Реакція людини на електричний струм виникає лише при протіканні останнього через тіло людини.

Експериментальні дослідження, показники, 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 і 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 дія струмі стає настільки сильною, що людина не в стан звільнитися від контакту, виникає небезпека тривалого протікання струму через тіло людини. Тривалий вплив таких струмів може привести до ускладнення 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.

Важливе значення для запобігання електротравматизму має правильна організація обслуговування діючих електроустановок, проведення ремонтних і профілактичних робіт, здійснюване 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 полівінілхлоридного антистатичного лінолеуму марки АСИ. 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 каналі.

До системи освітлення висувають наступні вимоги:

- відповідність рівня освітлення робочих місць характерові виконуваної зорової роботи;
- досить рівномірний розподіл яскравості на робочих поверхнях і в навколишньому просторі;
- відсутність різних тіней, прямого і відбитого блиску;
- сталість освітленості в часі;
- оптимальна спрямованість випромінюваного освітлювальними приладами світлового потоку;
- довговічність, економічність, електро і пожежобезпечність, естетичність, зручність і простота експлуатації.

З метою зменшення сонячної інсоляції світлопроєми 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, (штори, які розсіюють світло, 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.

4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в медичному кабінеті

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.

До системи освітлення висувають наступні вимоги:

- відповідність рівня освітленості робочих місць характерові виконуваної здорової роботи;
- досить рівномірний розподіл яскравості на робочих поверхнях і в навколишньому просторі;
- сталість освітленості в часі;
- оптимальна спрямованість випромінюваного освітлюваними приладами світлового потоку;
- 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 часткої 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 світлопроемів при природному освітленні і потрібні потужності освітлюваної установки – при штучному.

Дані для розрахунку:

1. Визначення типу джерела освітлення – люмінесцентні лампи.
2. Система освітлення – загальна.
3. Вибір типу світильника – „Астра 32».
4. Розмір приміщення:
 - а) Довжина А – 60 м.
 - б) Ширина Б – 30 м.
 - в) Висота Н – 5 м.
 - г) Висота робочої поверхні $h_p = 1$ м.

Коефіцієнт відображення стелі $\rho_n = 50 \%$, стін $\rho_c = 30 \%$, робочої поверхні $\rho_p = 10 \%$.

Напруга мережі – 220 В.

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

$$H_o = H - h_p = 5 - 1 = 4 \text{ м.}$$

2. Розраховуємо відстань від стелі до світильника за формулою:

$$h_c = 0,1 \text{ м, так як кріпиться до стелі.}$$

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

$$h = H_o - h_c = 4 - 0,1 = 3,9 \text{ м.}$$

4. Розраховуємо висоту підвішування світильника над підлогою за формулою:

$$H_n = h_p + h = 3,9 + 1 = 4,9 \text{ м.}$$

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

$$L = 1,5 * 3,9 = 5,85 \text{ м.}$$

Знаходимо необхідну кількість світильників

$$N = \frac{S}{L^2} = \frac{60 * 30}{5,85^2} = \frac{1800}{34,2} = 53 \text{ шт.}$$

Приймаємо 7 світильника в один ряд.

Знаходимо i -індекс приміщення:

$$i = \frac{AB}{h(A+B)} = \frac{60 \times 30}{3,9 \times (60 + 30)} = 5,1$$

За табл. 23 при $i=5$, $\rho_n - 50\%$, $\rho_c - 30\%$, $\rho_p - 10\%$, для світильника типу ЛД 65 коефіцієнт використання світового потоку $\eta = 0,67$.

Визначаємо світовий потік однієї лампи:

$$\Phi = \frac{E_{\min} * S * K_z * Z}{N_\eta}, \text{ де } K_z = 1,8; Z = 1,1 \text{ для люмінесцентних ламп}$$

$$E_{\min} = 100 \text{ лк.}$$

$$\Phi = \frac{100 * 1800 * 1,8 * 1,1}{53 * 0,67 * 2} = 5018 \text{ лм.}$$

де $K_z = 1,8$ за таблицею 5.

За знайденим світовим потоком вибираємо лампу потужністю 500Вт, що має світовий потік 8300 лм, найбільш близький до розрахункового. Г 215-225-500. За знайденим світовим потоком із таблиці 17 обираємо лампу. ЛД, яка має світовий потік 4000 потужністю 65 Вт.

При цьому фактична освітленість дорівнює:

$$E_\phi = E_{\min} \frac{\Phi_\lambda}{\Phi_p} = 100 * \frac{4000}{5018} = 80 \text{ лк.}$$

Визначаємо потужність освітлювальної установки:

$$P_z = P_\lambda * N = 65 * 53 * 2 = 6890 \text{ Вт} = 6,89 \text{ кВт.}$$

4.3. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму в медичному кабінеті

Боротьба з шумом в джерелах його виникнення. Це найбільш дієвий спосіб боротьби з шумом. Створюються мало шумні механічні передачі, розроблено способи зниження шуму в підшипникових вузлах, вентиляторах.

Зниження шуму звукопоглинанням та звукоізоляцією. Об'єкт, котрий випромінює шум, розташовують у кожусі, внутрішні стінки якого покриваються звукопоглинальним матеріалом. Кожух повинен мати достатню звукопоглинальну здатність, не заважати обслуговуванню обладнання під час роботи, не ускладнювати його обслуговування, не псувати інтер'єр цеху.

Різновидом цього методу є кабіна, в котрій розташовується найбільш шумний об'єкт і в котрій працює робітник. Кабіна зсередини вкрита звукопоглинальним матеріалом, щоб зменшити рівень шуму всередині кабіни, а не лише ізолювати джерело шуму від решти виробничого приміщення.

Зниження шуму звукоізоляцією. Суть цього методу полягає в тому, що шумовипромінюючий об'єкт або декілька найбільш шумних об'єктів розташовуються окремо, ізолювано від основного, менш шумного приміщення звукоізолюючою стіною або перегородкою. Звукоізоляція також досягається шляхом розташування найбільш шумного об'єкта в окремі кабіні. При цьому в ізолюваному приміщенні і в кабіні рівень шуму не зменшується, але шум впливатиме на менше число людей. Звукоізоляція досягається також шляхом розташування оператора в спеціальній кабіні, звідки він спостерігає та керує технологічним процесом. Звукоізоляційний ефект забезпечується також встановленням екранів та ковпаків. Вони захищають робоче місце і людину від безпосереднього впливу прямого звуку, однак не знижують шум в приміщенні.

Зниження шуму акустичною обробкою приміщення. Акустична обробка приміщення передбачає вкривання стелі та верхньої частини стін звукопоглинальним матеріалом. Внаслідок цього знижується інтенсивність відбитих звукових хвиль. Додатково до стелі можуть підвищуватись звукопоглинальні щити, конуси, куби, встановлюватись резонаторні екрани, тобто штучні поглинаючі. Штучні поглинаючі можуть застосовуватись окремо або в поєднанні з личкуванням стелі та стін. Ефективність акустичної обробки приміщень залежить від звукопоглинальних властивостей застосовуваних матеріалів та конструкцій, особливостей їх розташування, об'єму приміщення, його геометрії, місць розташування джерел шуму. Ефект акустичної обробки більш в низьких приміщеннях (де висота стелі не перевищує 6м) витягнутої форми. Акустична обробка дозволяє знизити шум на 8 Дб.

Заходи щодо зниження шуму слід передбачати на стадії проектування промислових об'єктів та обладнання. Особливу увагу слід звертати на винесення шумного обладнання в окреме приміщення, що дозволяє зменшити число

працівників в умовах підвищеного рівня шуму та здійснити заходи щодо зниження шуму з мінімальними витратами коштів, обладнання та матеріалів. Зниження шуму можна досягти лише шляхом знешумлення всього обладнання з високим рівнем шуму.

Роботу щодо знешумлення діючого виробничого обладнання в приміщенні розпочинають зі складання шумових карт та спектрів шуму, обладнання і виробничих приміщень, на підставі котрих виноситься рішення щодо напрямку роботи.

Нормування шумів.

В Україні і в міжнародній організації зі стандартизації застосування принцип нормування шуму на основі граничних спектрів (граничне допустимих рівнів звукового тиску) в октавних смугах частот.

ВИСНОВКИ

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

1. При розгляді сутності і управління якістю медичних послуг виявлено, що якість медичних послуг є основною категорією функціонування в умовах вільної ринкової економіки. Вона складається з таких критеріїв: доступність (простість доступу до послуг незалежно від організаційних, фінансових чи інших перешкод); повна інформація (про стан здоров'я, варіанти лікування, синергетичний ефект препарату); медична освіта (можливості набуття пацієнтом навичок самодопомоги та розпізнавання симптомів, що потребують допомоги); гарне спілкування між лікарями та медсестрами, повага та турбота про пацієнта, злагодженість та безперервність лікування; задоволеність пацієнта (найвищий або принаймні відповідний рівень прийняття отриманої допомоги по відношенню до очікувань).

2. В результаті дослідження системи управління якістю у сфері охорони здоров'я виявлено, що ефективне управління медичним менеджментом вимагає інтеграції стратегічного планування, управління фінансами, управління якістю послуг, управління персоналом, маркетингу, управління документами та протоколами. Це основні процеси, безпосередньою метою яких є отримання доходу, який може стати мотивацією для розвитку як галузі охорони здоров'я країни, так і установи, а також кожного окремого працівника. При стабільній системі клієнт буде здоровим і щасливим. Особливістю цих дій є те, що вони приносять дохід, що має стратегічне значення.

3. На основі оцінки стандартизації в системі управління якістю в закладах охорони здоров'я виявлені характеристики якості медичної допомоги це відповідний (правильний) догляд, безперервність медичної допомоги, безпека пацієнта, неупередженість, ефективність, результативність, своєчасність,

науковість, пацієнто-орієнтованість, залучення пацієнта, придатність або доступність.

4. Проведений аналіз задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я показав, що існують відмінності між соціально-демографічними характеристиками (вік, стать, освіта, тип населеного пункту, регіон проживання, рівень доходу) та задоволеність пацієнтів якістю амбулаторної медичної допомоги. Результати також показують, що чоловіки менш задоволені якістю амбулаторної медичної допомоги в невеликому відсотку. Менш задоволені люди з вищою освітою та доходами. «Дуже добре» оцінюють якість амбулаторної медичної допомоги респондентам з ступенем кандидата або кандидата наук та респондентам з початковою або нижчою загальною освітою. Крім того, дослідження показує, що оцінка задоволеності пацієнтів амбулаторною допомогою залежить від лікувального закладу.

5. В результаті проведеної оцінки ефективності пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного виявлено, що відбулися позитивні зміни в окремих параметрах інформаційно-етичних факторів. Найкращого результату досягнуто у покращенні ставлення лікарів до пацієнтів (87,1% проти 66,5%) та молодшого медичного персоналу (84,6% проти 79,39%).

7. В межах проведеного дослідження було виявлено, що для закладу охорони здоров'я за доцільне більш детально розглянути типізацію стейкхолдерів за рівнем їх впливу на критерій якості для організація. Зацікавлені сторони класифікуються за трьома ознаками, які можуть бути або не бути присутніми в групі стейкхолдерів, а саме: за їх повноваженнями щодо закладу охорони здоров'я, їх легітимністю (приналежністю) та вимогливістю до організації. У зонах перетину можна сформувати відповідно сім типів стейкхолдерів із переліком зацікавлених осіб, включених до закладу охорони здоров'я.

8. Таким чином, в результаті магістерського дослідження було представлено етапи впровадження проектних розробок інформаційної системи управління якістю медичної допомоги – це: встановлення локально розробленої

комп'ютерної мережі медичного закладу із серверами для зберігання та тестування даних; запровадження електронної документації між підрозділами медичного закладу; створення та обслуговування веб-сайту закладу охорони здоров'я; впровадження програмного забезпечення для медичних робочих місць; впровадження пластикових посвідчень особи для доступу та використання інформації про стан здоров'я пацієнтів у медичній допомозі; навчання та розвиток користувачів комп'ютерної мережі. Використання електронних носіїв медичної інформації дає змогу залучити мотивований медичний персонал до проектної роботи для розробки комплексної інформаційної системи якості медичної допомоги.

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> [x5, с.]
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII; зі змін. і доп. від 09.04.2015 № 28 . ст.237. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
3. Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: Наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11>
4. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року: Наказ МОЗ України від 19.09.2011 р. № 597. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0597282-11>
5. 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>.
6. 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>.
7. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.
8. Про ціни і ціноутворення: Закон України від 21 червня 2012 року № 5007-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5007-17>.
9. 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>
10. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua>.
11. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2018 рік [Електронний ресурс] / МОЗ України. – URL: http://moz.gov.ua/uploads/2/10966-zvit_gak_2018.pdf (дата звернення: 05.11.2021). – Назва з екрана.

12. Звіт Головної акредитаційної комісії при МОЗ України за 2017 рік [Електронний ресурс] / МОЗ України. – URL: http://moz.gov.ua/uploads/1/5004-zvit_gak_2017.pdf (дата звернення: 05.11.2021). – Назва з екрана.

13. 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]. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/215-2019-%D0%BF> (дата звернення: 05.11.2021). – Назва з екрана.

14. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

15. Вороненко Ю. В. Інформаційна модель системи управління якістю закладу вищої освіти у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, В. В. Горочук, В. В. Краснов // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 11-15. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/zdc_2018_7_1_5

16. 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.

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

18. 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>

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

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

21. Белобородова М. В. Роль стейкхолдерів в управлінні якістю діяльності організації (на прикладі закладу охорони здоров'я) [Електронний ресурс] / М. В. Белобородова, Т. І. Олійник // Вісник ХНАУ. Серія : Економічні науки. – 2020. – № 2. – С. 124-139. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkhnaeu_ekon_2020_2_12

22. 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.

23. 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

24. 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. [x8, с.]

25. Вороненко Ю. В. Самооцінювання як складова підготовки системи управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я до сертифікації на відповідність ДСТУ ISO 9001:2009 [Електронний ресурс] / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, В. В. Горачук // Український медичний часопис. – 2014. – № 2. – С. 36-39. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2014_2_10

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

27. 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.

28. Децик О. З. Освітній рівень керівників закладів охорони здоров'я з питань управління якістю медичної допомоги [Електронний ресурс] / О. З. Децик, В. В. Горачук, З. В. Лашкул // Галицький лікарський вісник. – 2013. – Т. 20, число 1(1). – С. 118-120. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/glv_2013_20_1\(1\)_43](http://nbuv.gov.ua/UJRN/glv_2013_20_1(1)_43)

29. Децик О. З. Стратегії поліпшення задоволеності пацієнтів якістю медичного обслуговування на рівні закладу охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. З. Децик, І. В. Стовбан, А. М. Яворський, М. І. Яворський // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – Т. 1, № 2. – С. 3-11. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/sphhc_2015_1_2_3

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

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

32. 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

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

34. Дячук Д. Д. Удосконалення управління якістю медичної допомоги у багатопрофільному закладі охорони здоров'я мегаполісу на засадах комплексної інформатизації [Електронний ресурс] / Д. Д. Дячук, К. В. Вовк // Інвестиції: практика та досвід. – 2013. – № 3. – С. 102-106. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2013_3_27

35. 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.

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

37. 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).

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

39. 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.

40. 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.

41. 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.

42. Корольчук О. Л. Окремі аспекти залучення громадян до управління якістю у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. Л. Корольчук // Право та державне управління. – 2015. – № 1. – С. 133-137. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ptdu_2015_1_28

43. Корольчук О. Л. Якість охорони здоров'я гарантована кадровим ресурсом [Електронний ресурс] / О. Л. Корольчук // Інвестиції: практика та досвід. – 2015. – № 13-14. – С. 68-73. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2015_13-14_19

44. 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>.

45. 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.

46. Круть А. Г. Методичні підходи до самооцінки системи управління якістю в закладах охорони здоров'я [Електронний ресурс] / А. Г. Круть, В. В. Горачук // Сучасні медичні технології. – 2019. – № 4. – С. 79-86. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2019_4_17

47. Круть А. Г. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я [Електронний ресурс] / А. Г. Круть, В. В. Горачук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2019. – № 3. – С. 38–43. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2019_3_8

48. Крячкова Л. В. Вплив чутливості охорони здоров'я на якість життя (за даними опитування пацієнтів Центру первинної медико-санітарної допомоги) [Електронний ресурс] / Л. В. Крячкова // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1. – С. 70-74. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2013_1_13

49. 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.

50. 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.

51. 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.

52. Мачуга Н. Якість і задоволення стейкхолдерів системи охорони здоров'я Польщі [Електронний ресурс] / Н. Мачуга // Соціально-економічні проблеми і держава. – 2018. – Вип. 1. – С. 88-101. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sepid_2018_1_10

53. 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.

54. 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.

55. 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>

56. 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

57. Панов Б. В., Свірський О. О., Дзигал О. Ф. Ковалевська Л. А., Конкін С. І., Кирилюк М. Л., Балабан С. В., Беяков 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.

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

59. 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.

60. Пасмор М. С. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі [Електронний ресурс] / М. С. Пасмор // Соціальна економіка. – 2017. – № 1. – С. 92-95. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/se_2017_1_15

61. 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)

62. 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.

63. Сміянов В. А. Впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі медико-соціального механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. А. Сміянов, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2013. – № 2. – С. 201-208. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSU_med_2013_2_18

64. Сміянов В. А. Модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко, С. В. Тарасенко // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4. – С. 106-109. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Msiz_2013_4_20

65. Сміянов В. А. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 3. – С. 11-18. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2013_3_4

66. Сміянов В. А. Практичні підходи до управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 3. – С. 97-101. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2013_3_20

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

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

69. 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.

70. 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.

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

72. Фломін Ю. В. Управління якістю медичної допомоги як важливий аспект менеджменту в охороні здоров'я [Електронний ресурс] / Ю. В. Фломін // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 4. – С. 100-106. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2012_4_19

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

74. 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.

75. Шкільняк М. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] / М. М. Шкільняк, Н. М. Кривокульська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2020. – № 2. – С. 22-30. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VSG_2020_2_6

76. 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. [х6, с.]

77. 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.

78. Юрочко Т. П. Задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги як індикатор оцінювання ефективності запровадження змін у сфері охорони здоров'я: огляд літератури [Електронний ресурс] / Т. П. Юрочко, С. М. Заремба. // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2019. – № 11. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2019_11_10

79. Яворський А. М. Оцінка ефективності пацієнтоорієнтованого комплексу заходів з управління якістю медичного обслуговування на рівні закладу охорони здоров'я [Електронний ресурс] / А. М. Яворський // Галицький лікарський вісник. – 2016. – Т. 23, число 1. – С. 116-119. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/glv_2016_23_1_39

80. Яворський А. М. Оцінка ефективності пацієнтоорієнтованого комплексу заходів з управління якістю медичного обслуговування на рівні закладу охорони здоров'я [Електронний ресурс] / А. М. Яворський // Галицький лікарський вісник. – 2016. – Т. 23, число 1. – С. 116-119. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/glv_2016_23_1_39