

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

Кафедра менеджменту



«Допустити до захисту»

зав. кафедри

к.е.н., доцент Сіренко І.В.

(наукова ступінь, вчене звання, П.І.Б. завкафедрою)

_____ «__» _____ 2021 р.
(підпис зав. кафедрою)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття ступеню вищої освіти магістр

на тему: **Етико-деонтологічні аспекти в управлінні якістю
роботи закладів охорони здоров'я**

Виконав: студент 6435м групи

Спеціальності 073 Менеджмент

ОП Управління закладами охорони здоров'я

(шифр і назва спеціальності)

Сорока І.С.

(підпис)

Керівник роботи: канд. екон. наук, доцент

Волосяк М.В.

(підпис)

Миколаїв – 2021 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ.....	6
1.1. Сутність етики та деонтології в системі охорони здоров'я.....	6
1.2. Медична етика як критерій якості медичної допомоги.....	12
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ В УПРАВЛІННІ ЯКІСТЮ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	19
2.1. Оцінка системи якості надання медичної допомоги в Україні...	19
2.2 Аналіз регламентів побудови етичних взаємин лікаря та пацієнта	25
2.3. Оцінка методів та інструментів побудови етичних взаємовідносин між керівником та медичним персоналом.....	33
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ В УПРАВЛІННІ ЯКІСТЮ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	40
3.1. Вдосконалення кадрової політики в системі охорони здоров'я.....	40
3.2. Впровадження принципу колегіальності в діяльність закладів охорони здоров'я з метою підвищення якості медичної допомоги....	46
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ.....	53
4.1. Аналіз санітарно-гігієнічних умов праці в організації	53
4.2. Розробка заходів з покращення санітарно-гігієнічних умов праці в медичних установах	58
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67

ВСТУП

Актуальність теми. В Рішенні Ради національної безпеки і оборони України від 20.08.2021р. «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» міститься «введення, починаючи з 1 січня 2022 року, індикаторів якості надання первинної медичної допомоги, започаткування ефективної системи моніторингу надання медичних послуг за програмою медичних гарантій; опрацювання питання щодо доцільності об'єднання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в один вид - спеціалізована медична допомога; забезпечення високого рівня медичної освіти та розвитку кадрового потенціалу, зокрема, шляхом запровадження нової моделі інтернатури і лікарської резидентури з урахуванням вимог Директиви 2005/36/ЄС Європейського Парламенту та Ради Європейського Союзу щодо визнання професійних кваліфікацій від 7 вересня 2005 року» тощо. Тобто на вищому державному рівні створюються умови для підвищення якості в роботі вітчизняних закладів охорони здоров'я, а, отже, і підвищення задоволеності споживачів медичних послуг.

Управління якістю роботи закладів охорони здоров'я має носити системний підхід і бути орієнтованим на пацієнта. Серед принципів, на яких будується система управління якістю в медичній установі важливим є дотримання етичних та деонтологічних норм медичної діяльності.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Значний внесок у вивчення проблем, пов'язаних з етико-деонтологічними аспектами надання медичних послуг, внесли: М. Асламова, О. Біліченко, О. Бойко, Н. Галапац, В. Запорожан, Ю. Казаков, О. Ковальова, С. Левенець, І. Рогащ, О. Троценко та ін.

Незважаючи на те, що медична етика та деонтологія є об'єктом дослідження багатьох вчених, механізм управління якістю в медичній установі на основі дотримання етичних та деонтологічних норм медичної діяльності ще є недостатньо дослідженим, що й зумовило наукову актуальність і практичну значущість даного дослідження, визначивши його мету та завдання.

Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретичних та вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення етико-деонтологічних аспектів в управлінні якістю роботи закладів охорони здоров'я.

Рух до окресленої мети обумовлює необхідність вирішення низки взаємопов'язаних **завдань**:

- розкрити сутність етики та деонтології в системі охорони здоров'я;
- розкрити роль та необхідність медичної етики в наданні якісної медичної допомоги;
- провести оцінку системи якості надання медичної допомоги в Україні;
- проаналізувати регламенти побудови етичних взаємовідносин лікаря та пацієнта;
- оцінити методи та інструменти побудови етичних взаємовідносин між керівником та медичним персоналом;
- запропонувати напрями вдосконалення кадрової політики в системі охорони здоров'я;
- окреслити необхідність впровадження принципу колегіальності в діяльність закладів охорони здоров'я з метою підвищення якості медичної допомоги;
- проаналізувати санітарно-гігієнічні умови праці в організації;
- запропонувати заходи з покращення санітарно-гігієнічних умов праці в медичних установах.

Об'єктом дослідження є процес управління якістю роботи закладів охорони здоров'я.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних і прикладних аспектів дотримання етико-деонтологічних норм в управлінні якістю роботи закладів охорони здоров'я.

Методологічну основу дослідження становили методи наукової абстракції, аналізу, синтезу, індукції, дедукції, логічного аналізу, системного підходу тощо. Для розв'язання визначених завдань в магістерській роботі також

застосовувались наступні методи: монографічний - при вивченні літературних джерел, практики управління закладом охорони здоров'я; теоретичне узагальнення, порівняння та аналогії - для розкриття сутності понять «медична етика» та «деонтологія»; абстрактно-логічний - для здійснення теоретичних узагальнень, формування висновків та обґрунтування нових гіпотез; факторного та порівняльного аналізу - для аналізу складових регламентів побудови етичних взаємин лікаря та пацієнта; системного аналізу - для оцінки методів та інструментів побудови етичних взаємовідносин між керівником та медичним персоналом.

Інформаційну базу дослідження становлять законодавчі та нормативні акти, наукова та монографічна література з даної проблематики, офіційні дані Управління охорони здоров'я Миколаївської облдержадміністрації.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у розвитку теоретичних положень щодо дотримання етико-деонтологічних норм в управлінні якістю роботи закладів охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що розроблені у ній теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення етико-деонтологічних аспектів в управлінні якістю роботи закладів охорони здоров'я можуть бути використані медичними установами різних форм власності у їх діяльності; при підготовці і прийнятті управлінських рішень щодо вдосконалення кадрової політики медичного закладу.

Структура й обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Повний обсяг роботи 72 сторінки, з них основний текст – 64 сторінки. Робота містить 9 таблиць, 10 рисунків. Список використаних джерел налічує 40 найменувань на 4 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

1.1. Сутність етики та деонтології в системі охорони здоров'я

За останні 70 років у багатьох країнах світу прийнято безліч правил, кодексів, нормативів поведінки медичних працівників. Деякі з них носять міжнародний характер, як то «Міжнародний кодекс медичної етики» [21], а деякі – національний: Етичний кодекс лікаря України [8]. Ця сукупність етичних норм лежить в основі виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків.

В той же час Світове лікарське товариство [25] зазначає, що етика і закон не ідентичні. Досить часто етика приписує вищі стандарти поведінки, ніж закон, а іноді й етика вимагає, щоб лікарі не підкорялися законам, які вимагають неетичної поведінки. Крім того, закони однієї країни істотно відрізняються від іншої, тоді коли етика прийнятна через національні кордони [25, с.18].

Взагалі етика - це вчення про мораль, її походження і розвиток, правила і норми поведінки людей, їх обов'язки під час стосунків одного з іншим, з суспільством, ставлення до праці, держави [18, с.87]. Медична етика є конкретизацією загальних принципів моралі стосовно професії медичного працівника. Вона є нормою поведінки не лише під час виконання службових обов'язків, вона виражає професійну честь і гідність медика [4, с.44].

Суспільство завжди надавало морально-етичній сфері в медицині великого значення. Професія медика в усі часи вважалася найбільш гуманною.

Засновником лікарської етики заслужено вважається Гіппократ, який на підставі багатовікового досвіду медицини систематизував правила медичної етики, що існували на той час. Кодекс моральних норм, обов'язкових для тих, хто вибрав своєю професією лікування людей, містився в його працях «Клятва»,

«Про лікаря», «Про благопристойну поведінку». Гіппократу належить відомий вислів: «Медицина є найблагородніше зі всіх мистецтв» [18, с.87].

У [2] сформований еволюційний підхід до основних етичних учень в медицині:

1. Догіппократівський період – формування загальних вимог до підготовки і діяльності лікаря, до його особистості, внутрішнього і зовнішнього вигляду.

2. Медична етика Гіппократа – етика гуманності, людинолюбства, милосердя, в основі якої лежить ідея поваги до хворого, відповідальності і вимоги, щоб лікування не заподіяло йому шкоди. Великого значення Гіппократ також приділяв етиці колегіальних відносин медиків: «лікарі, що разом оглядають хворого, не повинні сваритися між собою і висміювати один одного», «лікарям не годиться бути схожими на сусідів з ремесла на площі».

3. Період Середньовіччя – вибудовування медичним працівником внутрішньої моральної сили, без якої неможливе виконання ним своєї благородної справи.

4. Період Відродження – питання, чи досягаються моральні якості лікаря в процесі академічного навчання чи вони даються шляхом осяяння, від Бог, через інтуїцію та досвід.

5. Епоха Просвітництва – переосмислення місії медицини в суспільстві – метою медицини тепер стає не тільки індивідуальне, але і суспільне здоров'я [біл, с.11-16].

На законодавчому рівні в Україні [28] визначено основні принципи медичної етики:

1. «Гуманне ставлення до хворого.
2. Не брати участі в діях проти здоров'я хворого.
3. Надання допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної і релігійної приналежності.
4. Солідарність усіх лікарів у повазі гідності людей, їх боротьбі за мир.
5. Збереження лікарської таємниці.

6. Участь в охороні життя людей від тих чи інших ексцесів, що загрожують їм (наприклад, від забруднення зовнішнього середовища).
7. Недопущення експериментів над людьми.
8. Утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії лікаря».

Медична етика передбачає норми взаємин лікаря з різними соціальними групами (рис. 1.1).

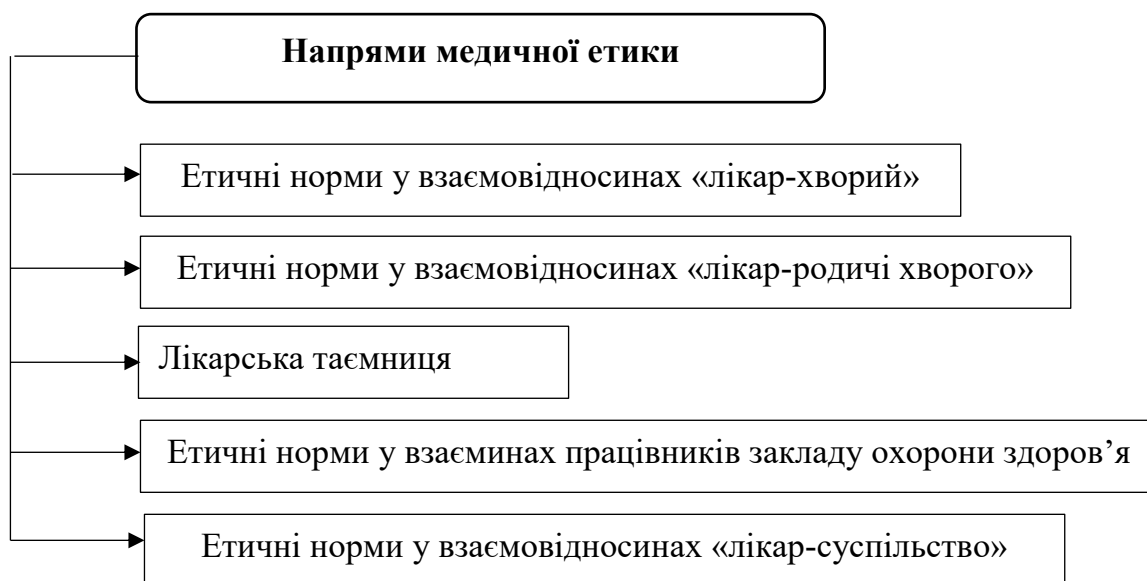


Рис. 1.1. Напрями медичної етики [Систематизовано автором]

В той же час, І. Рогач, Л. Качала, Р. Погоріляк [33] зауважують, що етика медичного працівника визначає моральні засади його професійної поведінки, і виділяють три основні елементи моралі: моральна свідомість лікаря, моральна діяльність і моральні взаємини. У кожному разі, йдеться про взаємовідносини, коли людина саме відноситься, відносить себе до чогось як принаймні рівного собі. Поза відносинами немає моралі [33].

Отже, медична етика – це своєрідна теоретичне підґрунтя морально-етичної поведінки медичних працівників.

Складовою частиною медичної етики є деонтологія (від грецьк. deon, deontos - належне; logos - вчення). Медична деонтологія - це сукупність етичних нормі принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків. Деонтологія – це практичне застосування медичної

етики [18, с.88]. Іншими словами, надання хворому максимального обсягу фахової допомоги. Також деонтологія передбачає виключення ймовірності завдання пацієнту шкоди та сприяє підвищенню ефективності лікування хворого і запобігання виникненню ускладнень [33, с.4].

Якщо медична етика як теоретична основа, обґрунтування морально-етичної поведінки медиків, базується на восьми основних принципах, то деонтологія, як практика застосування медичної етики, має один важливий принцип – не зашкодити при діагностиці або лікуванні.

Термін «деонтологія» було введено вперше англійським філософом Ієремією Бентамом на початку XIX сторіччя, який використав його для позначення вчення про мораль в цілому. У творі «Деонтологія, або Наука про мораль», він затверджує керівним етичним принципом поведінки принцип корисності. Етичний ідеал, за І.Бентамом, – «найбільше щастя найбільшій кількості людей»; критерій моралі – «досягнення користі, вигоди, задоволення, добра і щастя»; кожна людина прагне збільшити задоволення, що отримується від життя та, відповідно, зменшити страждання» [15].

Проблеми медичної деонтології також були висвітлені в роботах відомого хірурга-онколога М.М. Петрова, що розкрив зміст деонтології і показав шляхи її розвитку. Пріоритет серед лікарів у питаннях лікарської етики належить видатному російському клініцистові С.П. Боткіну, який вперше в практиці російської медицини обґрунтував необхідність створення етичного кодексу російського лікаря. Свій вклад у розвиток деонтології та етики внесли визначні вчені сучасності Н.П. Сокольський, О.Т. Михайленко, Г.К. Степанівська тощо [18, с.88].

Питання медичної деонтології і етики мають важливе практичне значення. З позиції системного підходу визначається тісна взаємозалежність різних факторів, що впливають на походження, перебіг і результат хвороби, де одне із центральних місць належить психосоціальним факторам, які необхідно враховувати, особливо, у практиці лікаря.

Лікарі зобов'язані максимально запобігати і не допускати антигуманних наслідків у своїй професійній діяльності. Лікарська етика та деонтологія пов'язані з трьома основними цінностями: співчуттям, компетентністю, автономією (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Цінності, з якими пов'язані медична етика та деонтологія

№	Назва	Характеристика цінності
1.	Милосердя	Визначається як розуміння і відношення до страждань іншої особи, необхідне для практики в медицині. Для того, щоб мати справу з проблемами хворого, лікар повинен ідентифікувати симптоми, які турбують хворого та причини, що лежать в їхній основі, а також повинен прагнути допомогти хворому досягти полегшення. Хворі краще піддаються лікуванню, якщо вони помічають, що лікар цінує їхнє ставлення і «лікує їх» а не тільки їхнє захворювання
2.	Психічна та емоційна врівноваженість	Відсутність страху при безпосередньому контакті з почуттями пацієнтів та їхніх близьких, готовність приймати емоційну експресію від них. Безоціночне ставлення до усіх пацієнтів, незалежно від співпадіння його морально-етичних норм та поведінки із загальноприйнятими та прийнятними для самого медичного працівника
3.	Професійна ідентифікація	Передбачає вироблення та вдосконалення професійно значущих особистісних якостей, стереотипів, поведінки; засвоєння основних професійних ролей, форм спілкування, необхідних для успішного виконання професійної діяльності; формування професійної рефлексії та професійної самосвідомості лікарів

* Складено згідно [1; 33; 37]

Особистість медичного працівника - це органічний сплав високих моральних якостей, загальної освіченості, професійної ерудиції. Медик оберігає людське життя, починаючи з зачаття і ніколи, навіть під загрозою, не повинен використовувати медичні знання на шкоду нормам гуманності. Етичною основою поведінки лікаря має бути милосердя, повага до людини, а найвищою винагородою за труд є відновлення і покращення здоров'я пацієнта.

Звісно, наданий перелік (табл. 1.1) не абсолютний за своїм змістом, до нього увійшли лише ті здібності, які є вкрай важливими в роботі лікаря. Однак досвід свідчить, що за відсутності вказаних здібностей не лише страждає рівень надання допомоги пацієнтові, а й у самого фахівця починають формуватися психологічні проблеми, пов'язані з усвідомленням неповної відповідності чи неспроможності працювати. Багато молодих фахівців, не усвідомлюючи до кінця небезпеки появи таких небажаних проявів, нехтують необхідністю саморозвитку, самовдосконалення, додаткового навчання. Це викликає значну кількість нарікань клієнтів, які не отримали належної допомоги, та формує негативну суспільну думку [33].

Не слід забувати про етичні норми у взаєминах працівників закладу охорони здоров'я. Виконуючи професійні обов'язки, лікар повинен постійно поводитися так, щоб не підривати довіри до професії. Колегіальність у медицині - це не тільки дотримання відповідних етичних норм, а своєрідне колективне надбання професійного досвіду; це школа, де набувають медичної майстерності через інформацію, що передається вербальним шляхом за максимально короткий проміжок часу [4, с.47].

Отже, розкриваючи зміст етико-деонтологічних аспектів в медицині, варто зазначити що сучасний медичний працівник має бути людиною милосердною, емоційно стійкою, терплячою, вихованою, високопрофесійною, з широким світоглядом і активною життєвою позицією, що добре орієнтується не тільки у своїй царині, методах діагностики і лікування, але і в проблемах охорони здоров'я, соціальній сфері та державній політиці в цілому, запобігає міжособистісним конфліктам та дотримується правил корпоративної етики.

1.2. Медична етика як критерій якості медичної допомоги

В Єдиному термінологічному словнику з питань управління якістю медичної допомоги [11] визначено, що «якісне медичне обслуговування – це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня. В той же час, загальне управління якістю – стиль менеджменту, заснований на участі всіх членів організації у поліпшенні якості процесів, продукції, послуг і корпоративної культури». Критерієм якості є «кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги» [11].

Відповідно до ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [23] якість медичної допомоги – це ступінь досконалості процесу надання медичної допомоги, який надає їй здатність задовольняти потреби пацієнта у збереженні та відновленні здоров'я і відповідає вимогам, встановленим законодавством.

Високоякісна медична допомога включає:

- 1) структурні та організаційні аспекти надання медичної допомоги, такі як доступність;
- 2) професійну майстерність та ефективне використання ресурсів;
- 3) позитивний результат допомоги для пацієнта.

Як зазначають О. Чабан, О. Бойко [40], терміни стосовно медичної «послуги» і медичної «допомоги» тісно пов'язані між собою. Тобто визначивши рівень якості медичної послуги ми можемо наблизитись до оцінювання якості медичної допомоги. Авторки наголошують, що при оцінці якості медичної послуги і для оцінки якості медичної допомоги враховуються різні критерії. Медичною послугою можна вважати надання лікарем консультацій та встановлення діагнозу. А саме лікарська допомога передбачає будь-яке

медикаментозне, хірургічне чи інше втручання. В той же час, медична допомога може бути плановою і екстреною: пацієнтам, стан здоров'я яких не загрожує життю і не вимагає вживання екстрених заходів, застосовується планова медична допомога згідно плану лікування, а екстрена медична допомога надається у випадках загрози життю пацієнта [40].

У світі управління якістю в медичній сфері покладено на Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ). Дана міжнародна інституція досліджує та регулює питання охорони здоров'я у глобальному масштабі та приділяє значну увагу пріоритетам соціально-економічної політики через ухвалення хартії, декларації, розробки відповідних стандартів, методичних рекомендацій, модельного законодавства та інших інструментів регулювання у сфері охорони здоров'я [34, с.284].

Нормативно-правова база України щодо управління якістю медичною допомогою представлена:

1. Наказом МОЗ України «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» [31];
2. Наказом МОЗ України «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» [29];
3. Наказом МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» [32];
4. Наказом МОЗ України «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги» [11];
5. Наказом МОЗ України «Про настанову ВООЗ та МФФ «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» [30];
6. Наказом МОЗ України «Про затвердження Змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» [27].

Тому створення ефективних, законодавчо закріплених механізмів забезпечення дотримання норм професійної етики працівниками охорони здоров'я є актуальним завданням вітчизняної медицини і фармації.

Результати порівняння структури чинних етичних кодексів працівників охорони здоров'я України представлено у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Результати порівняння структури чинних етичних кодексів працівників охорони здоров'я України

Етичний кодекс лікаря України	Етичний кодекс фармацевтичних працівників України	Етичний кодекс медичної сестри України
Вступ 1. Дія кодексу 2. Лікар та суспільство 3. Лікар і пацієнт 4. Колегіальність лікарів 5. Наукові дослідження за участю пацієнта 6. Новітні медичні технології 7. Інформація 8. Повага до професії лікаря	Вступ 1. Загальні принципи та положення 2. Фармацевтичний працівник у сучасному суспільстві 3. Взаємини фармацевтичного працівника і пацієнта 4. Взаємини фармацевтичного працівника і лікаря 5. Взаємини фармацевтичного працівника з колегами 6. Фармацевтичний працівник і науковий прогрес 7. Фармацевтична інформація 8. Новітні фармацевтичні технології 9. Повага до професії фармацевтичного працівника 10. Дія Етичного кодексу фармацевтичного працівника. Відповідальність за його порушення та порядок перегляду	Передмова 1. Загальні положення 2. Медична сестра і пацієнт 3. Медична сестра і її професія 4. Медична сестра і суспільство 5. Професійні медсестринські організації 6. Дія Етичного кодексу медичної сестри України, відповідальність за його порушення та порядок перегляду

* Складено згідно [8; 9; 10; 38]

Як видно з табл. 1.2, розділи діючих в Україні етичних кодексів працівників охорони здоров'я достатньо повно охоплюють основні аспекти медичної та фармацевтичної діяльності, зокрема, роботи лікарів.

У Методичних рекомендаціях щодо організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я [22] надано критерії якості медичної допомоги, серед яких пріоритетне місце займає критерій – дотримання етичних та деонтологічних норм медичної діяльності (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Компоненти та критерії якості медичної допомоги [22]

Критерій якості медичних послуг, яка відображає дотримання етичних та деонтологічних норм медичної діяльності, треба оцінювати за допомогою взаємодоповнюючих компонентів: задоволеність споживача процесом надання лікарем медичних послуг і задоволеність споживача результатом надання медичних послуг [34, с.285]. Що стосується задоволеністю споживача якістю медичної допомоги, то Д. Карамішев [14] у своєму дослідженні зазначає, що система управління якістю медичної допомоги складається з наступних блоків:

- формування умов для підвищення якості медичної допомоги;

- формування системи контролю якості медичної допомоги;
- прийняття управлінських рішень, які спрямовані на підвищення ефективності та якості медичної допомоги [14].

До речі, останній блок системи управління якістю формує внутрішнє середовище закладу охорони здоров'я, сприятливе для безперервного покращення якості медичної допомоги, що передбачає:

- «провідну роль лідерства керівництва закладу охорони здоров'я;
- проведення загальних зборів колективу з роз'ясненням цілей та принципів концепції безперервного покращення якості медичної допомоги: доброзичливості, конфіденційності тощо;
- створення структурної компоненти безперервного покращення якості медичної допомоги;
- формування мотиваційної компоненти системи безперервного покращення якості медичної допомоги».

Створення такого внутрішнього середовища, сприятливого до безперервного покращення якості медичної допомоги, на думку В. Сміянова, А. Степаненка, В. Петренко, С. Тарасенко [36], передбачає здійснення заходів зі зміни ставлення у медичному колективі до проблем якості медичної допомоги (проведення обговорення серед адміністративно-управлінського персоналу у вигляді нарад, семінарів тощо; широке використання традиційних форм роботи: ранкові конференції у підрозділах, клінічні конференції, засідання медичних рад, де питання управління якістю мають стати пріоритетним тощо) [36, с.13-14].

Керівником закладу охорони здоров'я може здійснюватися оперативний контроль якості на основі аналізу узагальнених даних головних позаштатних спеціалістів, заступника з лікувальної роботи та голів експертних комісій, що діють у закладі (лікарськоконтрольної, інфекційного контролю, гемотрансфузійної, летальної та інших).

Експертному комісійному контролю підлягають випадки дефектів, невідповідностей, відхилень у наданні медичної допомоги за переліком, встановленим нормативними документами. Діяльність експертних комісій

відбувається згідно з відповідними Положеннями про комісії, затвердженими керівником закладу охорони здоров'я.

Керівник закладу охорони здоров'я також може використовувати як вхідні дані для оперативного контролю якості результати адміністративних обходів, безпосереднього спілкування з пацієнтами та їх представниками, рішення медичної ради з актуальних питань якості медичної допомоги [22].

Для ефективного управління якістю медичних послуг керівнику закладу охорони здоров'я необхідна своєчасна, об'єктивна, неупереджена та обґрунтована інформація про зміни, які відбуваються в процесі надання медичних послуг, що підтверджує доцільність застосування інструменту системи стратегічного управління в галузі охорони здоров'я – моніторингу якості медичних послуг [34, с. 289].

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

Роль і значення моніторингу для системи управління якістю медичних послуг у сучасних умовах розглядається управлінцями як система контролю за стандартизованими та фактично досягнутими результатами процесу надання медичних послуг. Тому необхідність проведення моніторингу процесу надання медичних послуг визначається системою стратегічного управління закладами медичної сфери, а орієнтація на певні соціальні та економічні цілі та реалізацію відповідних інтересів визначає значимість і напрями моніторингу.

Сьогодні все частіше з'являються нові методи лікування, застосування яких базується не лише на баченні лікаря, але й на сприйнятті та рішенні пацієнта. З'явився новий різновид медицини, пов'язаний зі сприянням психологічному комфорту пацієнта чи естетичному задоволенню [26]. Отже, дотримання морально-етичних норм і правил комунікативної поведінки сприяє налагодженню конструктивного діалогу між лікарем і пацієнтом, що є визначальним критерієм якості лікування.

Висновки до Розділу 1

Мораль і етичне виховання у відносинах між людьми і в суспільстві зростають і ускладнюються. Це потребує постійного етичного удосконалення персоналу на підставі свідомого, добровільного і безкорисливого особистого вибору, постійного обговорення проблем, які виникають у етичних відносинах, постійного уточнення і нагадування сутності етичних правил на відповідь мінливості зовнішнього середовища, його викликів і постійного розвитку медичної науки і практики. Тому, не зважаючи на певну недосконалість законодавчих і нормативно-правових документів в сфері регулювання етичних взаємовідносин лікаря та пацієнта (передусім, Етичного кодексу лікаря), ми погоджуємось із С. Левенець, що «дотримання норм і принципів, прописаних у Кодексі, сприятиме налагодженню конструктивного діалогу між лікарем та пацієнтом. Прийняття Кодексу дає можливість зрозуміти, що професія лікаря залишається тим моральним орієнтиром, який сприятиме підвищенню довіри суспільства до лікаря» [18].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ В УПРАВЛІННІ ЯКІСТЮ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Оцінка системи якості надання медичної допомоги в Україні

З 2018 року в Україні стартувала трансформація системи охорони здоров'я. Її мета - змінити медичну систему в Україні на користь пацієнтів - підвищити якість та збільшити доступ пацієнтів до медичних послуг, гарантувати безоплатні послуги для всіх. Ці зміни допомагають закладам охорони здоров'я розвиватись і створюють комфортні умови для роботи медичних працівників.

Якість медичної допомоги - основний критерій ефективної роботи закладів охорони здоров'я, важливий показник задоволеності потреб людей у медичній допомозі. Аби медична допомога була якісною, вона має бути:

- ефективною – коли медикам вдається досягти запланованого клінічного результату в лікуванні пацієнта;
- безпечною: означає запобігання несприятливих подій, що можуть виникнути під час або після проведення діагностики чи лікування людини;
- орієнтованою на потреби окремих людей та населення: коли пацієнт може отримати необхідну медичну допомогу саме тоді, коли це є необхідним для нього.

Такі критерії для оцінювання якості медичної допомоги впровадила Всесвітня організація охорони здоров'я у 2018 році.

Від якості медичної допомоги залежить очікувана тривалість життя людини, дитяча смертність, рівень передчасної смертності населення. А також інші показники, за якими традиційно оцінюють якість.

«Загалом в країнах з низьким та середнім рівнем доходу щороку від 5,7 до 8,4 мільйонів смертей пов'язані з низькою якістю допомоги. А це - до 15% загальної смертності» [7].

Стандартизація (встановлення та застосування певних стандартів медичних послуг і системи контролю за їх дотриманням) допомагає оптимізувати організаційні та операційні процеси в медичному закладі. На сучасному етапі розвитку охорони здоров'я поряд із упровадженням державних соціальних нормативів і стандартів пріоритетним напрямом щодо покращання медичної допомоги визначено впровадження сучасних науково обґрунтованих медичних стандартів, зокрема клінічних протоколів (рис. 2.1).

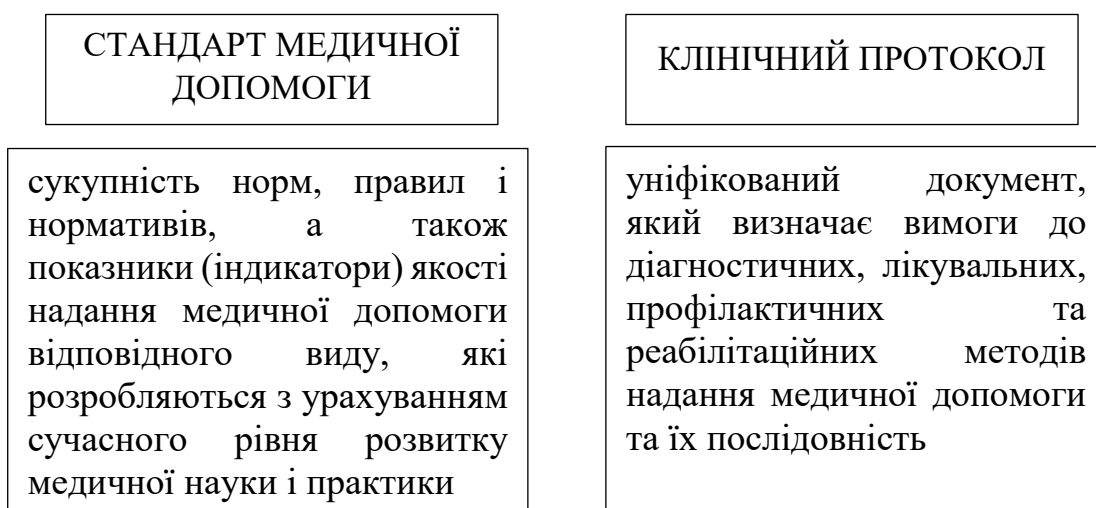


Рис. 2.1. Порівняння «стандарту медичної допомоги» та «клінічного протоколу»

Верховний Суд роз'яснив, що дії медичного працівника протиправні, якщо не відповідають галузевим стандартам та нормативним локальним актам (постанова від 27.02.2019 у справі № 755/ 2545/15-ц).

До галузевих стандартів належать:

- стандарт медичної допомоги;
- клінічний протокол;
- таблиць матеріально-технічного оснащення;

- лікарський формуляр (ст. 14-1 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII).

З початком реформування медицини в Україні лікарям офіційно дозволили використовувати міжнародні протоколи, які в редакції МОЗ мають назву «нові клінічні протоколи». Схема користування «новим клінічним протоколом» містить наступні етапи:

1. МОЗ обирає міжнародні клінічні настанови, затверджує їх тексти українською мовою або посиленням на джерело публікації;
2. Заклади охорони здоров'я мають право самостійно обирати та перекладати протоколи;
3. Керівник закладу охорони здоров'я (головний лікар) затверджує обраний міжнародний протокол локальним наказом;
4. Лікарі цього закладу охорони здоров'я зобов'язані дотримувати затвердженого головним лікарем протоколу.

В стандартах медичної допомоги містяться критерії та індикатори медичної допомоги. Критерії якості медичної допомоги визначають якість медичної допомоги, якої необхідно прагнути. Індикатори якості медичної допомоги віддзеркалюють ступінь досягнення (або, навпаки – відхилення) цільового рівня медичної допомоги. Важливо, щоб індикатори використовувалися для оцінки якості медичної допомоги на всіх рівнях системи охорони здоров'я (рис. 2.2).

У той же час у кожному закладі охорони здоров'я існують власні проблеми: в одному випадку слабким місцем є своєчасність надання допомоги, в іншому результативність або економічна ефективність. Відповідно, для кожної служби на кожній території й кожного типу лікувальної установи повинні, поряд з загально визначеним переліком, існувати свої індикатори, що дозволяють оцінювати досягнення актуальних для них завдань. На національному рівні індикатори якості повинні оцінювати стан медичної допомоги при найбільш значимих захворюваннях і формуватися на підставі регіональних індикаторів, а ті, у свою чергу – на базі індикаторів діяльності лікувальних установ.

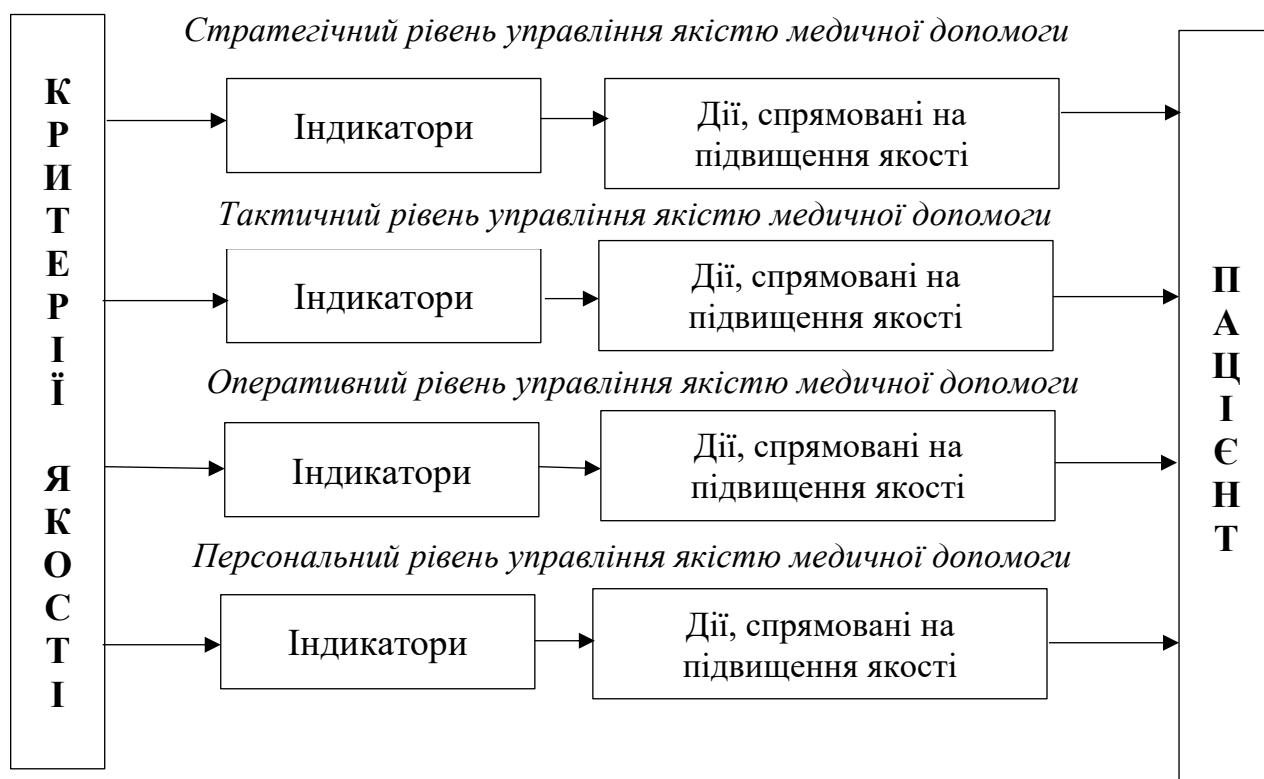


Рис. 2.2. Система показників якості медичної допомоги

Цілі запровадження індикаторів якості медичної допомоги:

- забезпечення і поліпшення умов охорони здоров'я населення;
- безперервне поліпшення якості медичної допомоги, скорочення небажаних змін якості в сфері медичного обслуговування;
- допомога в прийнятті рішень з медичної практики;
- запобігання непотрібним та застарілим клінічним заходам та непотрібним витратам;
- забезпечення об'єктивної і кількісної оцінки клінічної ефективності і рентабельності медичної допомоги;
- обґрунтування ефективного використання ресурсів на основі переважного врахування очікувань пацієнтів;
- сприяння внутрішньому управлінню якістю (на рівні лікувально-профілактичного закладу) та зовнішній гарантії якості (на рівні структур управління охорони здоров'я);

- забезпечення інформування громадськості (пацієнтів, правозахисників у сфері охорони здоров'я та ін.) стосовно необхідних медичних процедур та послуг з охорони здоров'я.

Неприпустиме використання індикаторів якості медичної допомоги для прямих та формальних порівнянь. При розробці індикаторів якості медичної допомоги необхідно завчасно попереджати можливість їх неадекватного використання. Кінцева мета діяльності системи охорони здоров'я – не покращити значення окремих індикаторів, а покращити якість надання медичної допомоги. При цьому кожен з індикаторів може надати корисну інформацію стосовно певних аспектів діяльності медичної служби.

Система управління якістю медичної допомоги складається з наступних блоків:

- формування умов для підвищення якості медичної допомоги;
- формування системи контролю якості медичної допомоги;
- прийняття управлінських рішень, які спрямовані на підвищення ефективності та якості медичної допомоги (рис. 2.3).

Організація проведення контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я передбачає досягнення мети контролю шляхом виконання відповідних функцій суб'єктами контролю з використанням методів і технічних засобів контролю на основі визначених критеріїв. Досягнення максимального ступеня об'єктивності контролю можливе за умови його проведення на основі розробленої та затвердженої керівником закладу охорони здоров'я інформаційної бази критеріїв та індикаторів якості, відповідних її компонентам [22, с.7].

Згідно з критеріями формується блок еталонних (планових) показників якості для закладу охорони здоров'я, визначених у нормативах, стандартах, інструкціях, методиках, інших директивних та розпорядчих документах. Керівництво закладу охорони здоров'я забезпечує дотримання законодавчих і нормативно-правових вимог, медичних стандартів, протоколів, формулярів, справедливих вимог населення.

Основним завданням формулярної системи є гарантія забезпечення хворих якісним лікуванням, заснована на визначенні й розробці проблемно-орієнтованих і зроблених методів раціональної фармакотерапії поширених захворювань. В основі формуляра містяться погоджені й прийняті на міжнародному й державному рівні практичні рекомендації (стандарти) лікування, доказово обґрунтований підхід до ведення раціональної фармакотерапії.

Розвинені управлінські системи медичних закладів успішніше реагують на зміни зовнішнього середовища, використовуючи інструменти не лише контролю якості, але й ширший арсенал - управління нею. Вони працюють як добре скоординований організм із спільною самосвідомістю, бажанням вижити та адаптуватися до змін.

Впровадження процесів та процедур управління якістю медичної допомоги роблять системи/медичні заклади міцнішими та безпечнішими в нових та мінливих обставинах.

2.2 Аналіз регламентів побудови етичних взаємин лікаря та пацієнта

Для того, щоб проаналізувати регламенти, використовувані для побудови етичних взаємовідносин лікаря та пацієнта закладів охорони здоров'я, передусім, погоджуємось із експортною думкою [12], що «етичною основою професійної діяльності медиків є поєднання принципів гіппократівської та постгіппократівської етики» (рис. 2.4).

Уточнюючи інформаційні дані рис. 2.4, зазначимо, що «гіппократівська етика базується на принципах «роби добро» та «не нашкодь», а основою постгіппократівської етики є принципи поваги особистості та справедливості. Повага особистості регламентує інформовану згоду, конфіденційність, правдиву медичну інформацію надання адекватної паліативної допомоги та ведення

пацієнта, що вмирає. Справедливість включає контроль проведення клінічних досліджень та розподіл медичних ресурсів на мікрорівні та макрорівні» [12].



Рис. 2.4. Етична основа професійної діяльності медиків (поєднання гіппократівської та постгіппократівської етики) [12]

Регламентами, що врегульовують діяльність закладу охорони здоров'я – Комунального некомерційного підприємства (КНП), загалом, та побудову етичних взаємовідносин лікаря та пацієнта у такому закладі, зокрема, є Статут підприємства та посадові інструкції його працівників.

Посадові інструкції генерального директора КНП і медичного директора КНП представлені у [35]. Проаналізуємо ступінь відображення у регламентах КНП принципів гіппократівської та постгіппократівської етики. Результати цього аналізу систематизуємо у табл. 2.1.

Значно слабше у регламентах підприємства зафіксовані принципи «поваги особистості» («поваги до автономії особистості»). Однак, цьому є логічне обґрунтування. Так, наприклад, якщо необхідна невідкладна медична допомога людині, яка перебуває в несвідомому стані, то даний принцип повинен поступитися місцем принципу «допомоги і благодіяння», а медична допомога має бути наданою на підставі передбачуваної, а не автономної (усвідомленої)

згоди хворого. Найчастіше використання у роботі досліджуваного підприємства принципу «поваги особистості» обмежується вимогами «роби благо» і «не нашкодь». Так, у деяких випадках автономія пацієнта може бути обмежена третьою стороною (суспільством, органами правосуддя), якщо існує безпосередня небезпека для здоров'я та життя самого пацієнта або інших членів суспільства (ризик здійснення протиправних дій, епідемії). Наприклад, з метою запобігання шкоди, яку клієнт може заподіяти собі або іншим особам, він може бути примусово госпіталізований і підлягати лікуванню в психіатричній клініці.

Разом з тим, застосування примусових заходів повинно здійснюватися, виходячи з принципів: необхідності, достатності, мінімізації соціально-правових обмежень.

Важливим механізмом втілення в життя принципу «поваги до автономії особистості» виступає інформована згода. У змістовному плані вона припускає, що пацієнт добровільно та усвідомлено дає дозвіл на медичне втручання, заснований на розумінні відповідної (достатньої для прийняття рішення) інформації, яка надається пацієнтові професіоналом.

Правило принципу інформаційної згоди розкривається у тому, що будь-яке медичне втручання, як обов'язкова умова, повинно передбачати спеціальну процедуру одержання попередньої добровільної згоди пацієнта або суб'єкта дослідження. Інформаційна згода отримується на підставі адекватного інформування пацієнта про цілі передбаченого втручання, його тривалість, очікувані наслідки, співвідношенні ризику та користі для життя і здоров'я, про альтернативні методи лікування, їхню порівняльну ефективність, про права пацієнта, їх захист тощо.

Інформаційна згода необхідна для мінімізації шкоди в ході медичного втручання або медичних досліджень, а також для захисту індивідуального автономного вибору пацієнта. Структурними компонентами інформаційної згоди є: попередні умови: компетентність і добровільність; інформаційні елементи: повідомлення інформації, рекомендації, розуміння; згода: рішення, авторизація.

Таблиця 2.1

Інформація щодо відображення у регламентах КНП принципів гіппократівської та постгіппократівської етики

№ з/п	Назва	Зміст принципу
1	2	3
1	Принципи допомоги і благо-діяння	- надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає, перебуває на території району, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я. <i>Це є метою діяльності КНП і визначено Статутом;</i> - організація надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги <i>(є предметом діяльності, що визначено Статутом);</i> - забезпечення надання в повному обсязі медичних послуг за програмою медичних гарантій пацієнтам <i>(обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією);</i> - забезпечення організації на рівні галузевих стандартів надання пацієнтам діагностичної, лікувальної, реабілітаційної, консультативної, профілактичної допомоги з безперервним підвищенням їх якості та ефективного догляду за пацієнтами на первинному рівні <i>(обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією);</i> - дотримання правил медичної етики та деонтології та впровадження їх у взаємовідносини між медичним персоналом і пацієнтами <i>(обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією);</i> - забезпечення системної роботи з пацієнтами з профілактики найпоширеніших неінфекційних захворювань, а також санітарно-гігієнічного виховання населення <i>(обов'язки заступника медичного директора, зафіксовані його посадовою інструкцією);</i> - опрацювання та здійснення проведення заходів, спрямованих на профілактику та зниження всіх видів летальності <i>(обов'язки медичного директора, зафіксовані його посадовою інструкцією);</i>
2	Принципи нена-сення шкоди	- забезпечення дотримання міжнародних принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я <i>(є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом);</i> - упровадження нових форм та методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів <i>(є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом);</i> - вжиття заходів щодо забезпечення підприємства кваліфікованими працівниками, а також найкращого використання знань та досвіду працівників <i>(обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією);</i> - забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників підприємства, підтримка професійного розвитку медичних працівників для надання якісних послуг <i>(є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом);</i> - консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя <i>(є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом);</i> - взаємодія з суб'єктами надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення дієвого лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта <i>(є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом);</i> - участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя <i>(є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом);</i> - координація діяльності лікарів із надання первинної медичної допомоги з іншими суб'єктами надання медичної допомоги, зокрема закладами вторинної та третинної медичної допомоги, санаторіїв, а також з іншими службами, що опікуються добробутом населення, зокрема соціальна служба, та правоохоронними органами <i>(є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом);</i>

Продовження табл. 2.1

1	2	3
		- надання платних послуг із медичного обслуговування населення відповідно до чинного законодавства України (<i>є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом</i>); - контроль якості надання медичної допомоги шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України (<i>обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>);
3	Принципи поваги особистості	Автономія – інформована згода - забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку (<i>є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом</i>); - організування отримання інформативної згоди від пацієнта (<i>обов'язки медичного директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); - інформування медичних працівників та пацієнтів з державної політики в сфері оптимізації системи медичної допомоги населенню та місце підприємства у проведенні структурної перебудови галузі на регіональному рівні (<i>обов'язки медичного директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); - розгляд скарг пацієнтів та їхніх родичів з питань організації лікувально-діагностичного процесу та приймає необхідні заходи щодо ліквідування причин, що їх викликали (<i>обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); Вірність – конфіденційність - забезпечення виконання в закладі охорони здоров'я Закону України «Про захист персональних даних» (<i>обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); Правливість – розкриття діагнозу - забезпечення дотримання прав пацієнтів (<i>обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); Запобігання вбивству – ведення людини, що вмирає - надання елементів паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних і емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей (<i>є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом</i>);
4	Принципи соціальної справедливості	Проведення клінічних досліджень - участь у державних та регіональних програмах щодо скринінгових обстежень, профілактики, діагностики та лікування окремих захворювань у порядку визначеному відповідними програмами та законодавством (<i>є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом</i>); - організація впровадження на сучасному рівні досягнень медичної науки та практики, базуючись на даних з доведеною ефективністю та галузевих нормативах, науково-практичних конференцій лікарів, семінарів та тренінгів для лікарів (<i>обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); - організація та здійснення постійного контролю за якістю обстеження, лікування та догляду за пацієнтами шляхом планового та позапланового обстеження стану роботи лікувальних підрозділів, діагностичних та допоміжних служб з подальшим обговоренням результатів контролю на лікарських та оперативних нарадах: оцінка ефективності лікувально-профілактичних заходів, а також постійне вивчення розбіжностей клінічних та поліклінічних, клінічних та патологоанатомічних діагнозів (<i>обов'язки медичного директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); - організація впровадження на сучасному рівні досягнень медичної науки та практика, базована на даних з доведеною ефективністю та галузевих нормативах науково-практичних конференцій лікарів та медичних сестер, семінарах та тренінгах для лікарів та середнього медичного персоналу; клінічних розборах пацієнтів (<i>обов'язки медичного директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); Розподіл медичних ресурсів на мікро- та макрорівні - участь у державних та регіональних програмах щодо організації пільгового забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку та відповідно до фінансового бюджетного забезпечення галузі охорони здоров'я (<i>є предметом діяльності підприємства, що визначено Статутом</i>); - забезпечення виконання усіх зобов'язань перед державним та місцевим бюджетами (<i>обов'язки директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); - забезпечення залучення коштів на інвестиційні потреби підприємства (<i>обов'язки директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>); - забезпечення раціонального та ефективного цільового використання бюджетних коштів, що передбачені для утримання підприємства та надання безоплатної медичної допомоги (<i>обов'язки генерального директора, зафіксовані його посадовою інструкцією</i>);

* Сформовано автором

В «Основах законодавства України про охорону здоров'я» [23] встановлено право пацієнта знати правду про діагноз, прогноз і методи лікування захворювання. Право лікаря повідомляти пацієнтові правдиву інформацію про стан його здоров'я обмежується вимогою передавати її в доступній формі і так, щоб не заподіяти хворому шкоди. Право лікаря знати правду спеціально не регламентується законом. Причому йдеться не тільки і не стільки про право лікуючого лікаря, яке звичайно вважається таким, що само собою розуміється, скільки про право інших учасників процесу лікування на доступ до інформації про стан здоров'я конкретного хворого [12].

У поліклініках і лікарнях медичну допомогу часто надає не один лікар, а група фахівців, кожний з яких має потребу в отриманні правдивої інформації про стан хворого. Їхнє право на доступ до цієї інформації забезпечується відповідними адміністративними нормами.

Щодо використання принципу інформаційної згоди вкажемо на те, що обов'язком пацієнта має бути говорити правду. Це обумовлено тим, що обов'язком лікаря є прагнення в усіх ситуаціях отримати максимально правдиву інформацію, що визначається його професійним призначенням лікувати хворих. Тільки повна і достовірна інформація про умови розвитку та перебігу захворювання може гарантувати правильну діагностику й ефективне лікування пацієнта лікарем досліджуваного підприємства. Важливо, що умовою реалізації цього обов'язку є почуття довіри пацієнта до свого лікаря і до медичної професії в цілому. Хворі люди-пацієнти надають правдиву інформацію, оскільки впевнені, що медики збережуть конфіденційність і що подробиці її особистого життя не стануть надбанням сторонніх.

Як показує лікарська практика, обов'язок пацієнта говорити правду обумовлений внутрішньою потребою лікаря і пацієнта зміцнювати дух довіри в соціальній системі «пацієнт - лікар». Така потреба визначається тим, що хворий для свого лікування часто використовує або державні, або виробничі, або сімейні фінансові ресурси, які часто досить обмежені. Почуття солідарності з хворою людиною і співчутливе ставлення до її потреб, виробничої підтримки або

сімейної взаємодопомоги виражається в тому, що ці обмежені ресурси перерозподіляються на користь пацієнта. Ця обставина створює підставу морального обов'язку пацієнта ефективно співпрацювати з медичними працівниками для економного використання обмежених ресурсів, що природно неможливо без правдивості хворого. Обов'язок пацієнта говорити правду обґрунтовується також принципом «не нашкодь». Наприклад, на прийомі у лікаря пацієнт пов'язаний моральним обов'язком повідомити про наявне в нього інфекційне захворювання, що може бути небезпечним для працюючих з ним медиків або інших пацієнтів, наприклад ВІЛ-інфекція, туберкульоз, гепатит. Ще одним обґрунтуванням обов'язку пацієнта говорити правду є та обставина, що в процесі спілкування з пацієнтом у лікаря формується емпіричний досвід про значущість певних симптомів для встановлення точного діагнозу і терапевтичної ефективності різних медичних призначень. Якщо пацієнт не повідомляє лікуючого лікаря про самовільні зміни у вживанні ліків або надає перекручену інформацію про свої скарги, то він стає відповідальним за формування помилкових знань у свого лікаря про діагностичні критерії захворювань, про ефективність або неефективність певного лікарського засобу. Ця помилкова інформація може стати джерелом помилкових дій лікуючого лікаря як стосовно власне неправдивого пацієнта, так і інших пацієнтів.

У процесі одержання інформованої згоди пацієнта мають значення процедурні питання передачі інформації. Під час визначення її обсягу і змісту досліджуване підприємство керується особливими нормами, що отримали назву «стандарти інформування». Практичний інтерес становлять «професійний стандарт», «стандарт раціональної особистості» і «суб'єктивний стандарт» (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Практичне застосування «стандартів інформування» у закладах охорони здоров'я

№ з/п	Практичне застосування «стандартів інформування»
1	«Професійний стандарт». Обсяг і зміст інформації визначаються практикою, що традиційно склалася у закладі охорони здоров'я. Вона характеризується тим, що у процесі навчання кожен лікар перейняв від учителів не тільки методи лікування, а й елементарні навички спілкування з пацієнтами. Тому, цей стандарт є стихійно складеним стандартом медичної практики, що неусвідомлено засвоюється більше як 50% лікарями. В умовах моделі системи охорони здоров'я Семашка та колишніх суспільно визнаних моральних норм лікування цей стандарт був досить ефективний. Однак, у сучасних умовах реформування галузі охорони здоров'я та трансформаційних перетворень у суспільстві, де нові моральні кодекси ще тільки складаються, апеляція до традиційних норм не має колишнього значення і актуальності. За цих умов більше підходить «стандарт раціональної особистості».
2	«Стандарт раціональної особистості» розкривається у тому, що лікар уявляє собі «усередненого пацієнта» і відповідає на запитання: яка інформація і в якому обсязі йому може знадобитися для того, щоб прийняти обґрунтоване рішення, яке стосується згоди або незгоди на медичне втручання або на участь у дослідженні. Лікарі моделюють в уяві раціональну поведінку свого пацієнта і відповідно до результату такого уявного експерименту розробляють тактику інформування.
3	«Суб'єктивний стандарт». «Суб'єктивний стандарт» для ухвалення лікарем раціонального рішення пропонує враховувати, крім того, яка інформація може бути корисною для «середньостатистичного пацієнта», ще й специфіку інтересів конкретного індивіда. Це відображається у тому, що якщо, наприклад, в анамнезі пацієнта є інформація про перенесене захворювання серця, то під час інформування про ризик розвитку ускладнень лікар особливу увагу звертає на можливість порушень серцево-судинної системи. «Суб'єктивний стандарт» визначає тактику індивідуалізації переданої лікарем досліджуваного підприємства інформації. Оскільки освітній рівень пацієнтів, як правило, низький, то значна частині лікарів не використовують багато спеціальних термінів, які можуть бути або взагалі незрозумілі, або неправильно зрозумілі. Також лікарський персонал підприємства враховує психологічний вплив використовуваних слів. Наприклад, інформація про те, що ймовірність виживання дорівнює 50%, звучить більш обнадійливо, ніж повідомлення про те, що ймовірність смертельного результату дорівнює 50% (хоча з математичної точки зору ризик однаковий). Лікарі враховують той психологічний факт, що повідомлення пацієнтам інформації про навіть невисокий ступінь ризику смерті під час проведення того або іншого медичного втручання, як правило, різко знижує його перевагу, хоча віддалені наслідки можуть бути набагато сприятливіші. Також лікарський персонал у практичній роботі з пацієнтами враховує результати соціологічних досліджень, згідно яких далеко не всі пацієнти мають бажання детально знати майбутні методи лікування і пов'язані з ними ризики, довіряючи вибір своєму лікуючому лікарю. Як свідчить статистика, співвідношення зацікавлених і незацікавлених в одержанні інформації на ці теми становить 50% на 50%. Тому, лікарі поважають думку пацієнта і не нав'язують йому тієї інформації, яку він не бажає знати. Загалом же, участь людини в клінічному втручанні або медичному дослідженні неприпустима без інформування і усвідомлення ним змісту цього втручання або дослідження і пов'язаного з ним ризику.

Крім того, як показав аналіз типових регламентів [35], використовуваних для побудови етичних взаємовідносин лікаря та пацієнта закладу охорони здоров'я, важливим аспектом лікарської практики є відносини «по горизонталі». Це важливо, оскільки незаперечним є те, що ефективність лікарської діяльності можлива лише в межах корпоративної організації діяльності. Через це колектив закладу охорони здоров'я становить єдиний організм, що виконує свою місію – піклування про здоров'я та життя хворих. Цим пояснюється моральний обов'язок колег-лікарів приходити на допомогу один одному.

Отже, оскільки медична етика є синтезом сукупності норм поведінки та моралі, створює підґрунтя для почуття обов'язку та честі, моральних переваг медичного працівника, загалом, та лікаря, зокрема, усі етичні принципи повинні бути максимально повно зафіксовано у регламентах роботи закладу охорони здоров'я (Статуті підприємства, положеннях про структурні підрозділи підприємства, посадових інструкціях працівників). У цьому контексті слід активізувати роботу щодо активнішого закріплення у регламентах принципу «поваги до автономії особистості».

2.3. Оцінка методів та інструментів побудови етичних взаємовідносин між керівником та медичним персоналом

Сфера діяльності професійної медичної спільноти завжди пов'язана з поняттям обов'язку, великої відповідальності за життя та здоров'я людини. Глибокі трансформаційні зрушення, спричинені науково-технічним прогресом, усвідомленням цінності людського життя та ролі моралі у людських відносинах, вимагають створення відповідних життєвих правил та принципів, які можуть регулювати професійну діяльність медичних працівників. Це досягається за рахунок використання встановлених державою методів та інструментів побудови етичних відносин між лікарем та пацієнтом (законодавча та

нормативна підтримка; принципи та норми соціальної справедливості; стандарти інформації тощо).

Державне регулювання морально-етичних відносин між людьми здійснюється шляхом встановлення державних норм і правил взаємовідносин членів суспільства або окремих груп, що враховують гідність, моральність, честь та совість особи (або як у нашому випадку – медичного персоналу).

Метою діяльності закладів охорони здоров'я на території Миколаївської області є надання якісної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає, перебуває на території Миколаївської області, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримка громадського здоров'я (табл. 2.3-2.4).

Інформаційні дані про роботу закладів охорони здоров'я у Миколаївській області у 2019-2020 роках вказують на те, що ця робота є результатом наявності відповідного ресурсного забезпечення (організаційні, кадрові, фінансові ресурси та ін.), яке формується шляхом використання державою, передусім, нормативного методу (його інструментом є норми і нормативи).

З приводу забезпеченості закладів охорони здоров'я кадровими ресурсами, зокрема, лікарським персоналом, вкажемо на наступне.

Розрахунок потреби у кадрах - формування заявки на залучення та розвиток персоналу на основі поточних процесів та стратегічного розвитку медичного закладу. На рівні ЦПМСД розрахунок потреби у персоналі здійснюється у рамках стратегічного планування після розробки довгострокового плану розвитку життєздатної мережі ПМД. Істотною відмінністю від чинного порядку розрахунку кадрової потреби є відсутність жорстких «норм» кадрового складу. Цифри, які у проекті становлять - 2 тисячі чоловік однієї сімейного лікаря, розраховані використання при кадровому плануванні. Кожна автономна установа та її підрозділи визначають потребу в персоналі самостійно, виходячи зі стратегії та фінансових можливостей установи.

Таблиця 2.3

Чисельність населення Миколаївської області за станом на 01.01.2021р.*

Найменування	Всього * (постійне населення)	Всього * (наявне населення)	Дорослі	Діти (0-17) (форма 31)	в т. ч.		Працевдатне **	Міське *	Сільське*	Середньо-річна чисельність (пост)
					діти (0-14) (форма 31)	підлітки (15-17) (форма 31)				
м.Миколаїв	471606	476101	388409	83 197	70 536	12661	261000	471606		473595
м.Первомайськ	64041	63377	53540	10 501	8 873	1628	42545	64041		64404
м. Южноукраїнськ	40318	39048	33319	6 999	5 714	985	28500	40318		40496
м. Вознесенськ	33747	34050	25745	8 002	6 730	1272	21963	33747		33924
Всього по містах	609712	612576	501313	108 399	91 853	16546	354008	609712		612419
Арбузинський р-н	19052	19015	15632	3 420	2 944	476	12450	8201	10851	19179
Баштанський р-н	36164	36048	29353	6 811	5 668	1143	23928	12272	23892	36394
Березанський р-н	22437	22250	18881	3 556	3 031	525	15046	3987	18450	22523
Березнегуватський р-н	19165	19059	16045	3 120	2 592	528	13297	7372	11793	19308
Братський р-н	16986	16930	13923	3 063	2 539	524	11354	5034	11952	17086
Веселинівський р-н	21816	21801	17548	4 268	3 589	679	14443	7559	14257	21961
Вітовський р-н	49072	48950	40206	8 866	7 470	1396	32190	7398	41674	49313
Вознесенський р-н	29168	28819	24238	4 930	4 145	785	19072	5177	23991	29379
Врадіївський р-н	16944	16640	13261	3 683	3 116	567	10838	8253	8691	17042
Доманівський р-н	24272	24129	20475	3 797	3 208	589	15862	5805	18467	24431
Єланецький р-н	14666	14624	12185	2 481	2 099	382	9991	4671	9995	14785
Казанківський р-н	18279	18194	14883	3 396	2 814	582	12360	6709	11573	18452
Кривоозерський р-н	23591	23508	19581	4 010	3 324	686	15205	7350	16241	23749
Миколаївський р-н	28808	29100	24500	4 308	3 567	741	18920	3611	25197	28953
Новобузький р-н	29584	29542	23520	6 064	5 167	897	19887	14964	14620	29738
Новоодеський р-н	32160	31968	26404	5 756	4 839	917	21306	11707	20453	32296
Очаківський р-н	28910	28545	24302	4 608	3 827	781	18878	14125	14785	29071
Первомайський р-н	28456	28286	23977	4 479	3 599	880	18546	2177	26279	28678
Снігурівський р-н	38437	38410	32063	6 374	5 495	879	25291	1261	26176	12323

Всього по районах	497967	495818	410977	86 990	73 033	13957	328864	137633	349337	474661
По області	1107679	1108394	912290	195 389	164 886	30503	682872	758342	349337	1113413

Таблиця 2.4

Використання ліжкового фонду закладів охорони здоров'я в Миколаївській області за 2019-2020р.*

Найменування	Число ліжок		Забезпеченість на 10 тисяч населення		Робота ліжка		Середнє перебування хворого на ліжку		Оберт ліжка		Летальність**	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
м.Миколаїв	2 005	2 005	37,9	38,2	309,0	225,6	9,3	8,7	33,1	25,9	2,51	4,17
м.Первомайськ	262	262	40,0	40,5	345,4	291,1	8,3	7,6	41,5	38,1	1,35	2,50
м.Южноукраїнськ	185	185	45,2	45,5	322,2	251,7	9,5	9,6	34,1	26,2	1,60	2,39
м. Вознесенськ	220	220	34,2	34,5	323,8	247,2	9,2	8,2	35,3	30,3	1,27	2,73
По містах	2 672	2 672	38,2	38,5	314,8	235,9	9,2	8,6	34,2	27,5	2,29	3,69
Арбузинський р-н	70	70	35,6	36,3	298,1	222,2	8,0	7,8	37,4	28,3	1,66	1,97
Баштанський р-н	122	122	32,9	33,3	328,2	225,8	9,2	8,6	35,6	26,4	1,52	2,42
Березанський р-н	76	76	33,2	33,6	287,1	196,9	7,8	7,9	37,0	24,8	1,56	2,60
Березнегуватський р-н	50	50	25,3	25,7	235,7	160,8	7,6	6,1	31,1	26,3	1,29	0,99
Братський р-н	58	50	33,2	29,1	328,7	264,3	6,8	6,4	48,0	41,6	1,04	1,47
Веселинівський р-н	75	75	33,5	33,9	373,5	285,6	9,6	9,0	39,1	31,8	1,95	1,76
Врадіївський р-н	65	65	37,4	37,9	323,8	250,6	7,9	7,4	41,2	33,8	0,49	0,09
Доманівський р-н	90	80	36,1	32,5	327,1	320,1	8,8	8,5	37,4	37,7	1,14	1,95
Єланецький р-н	50	50	33,1	33,5	337,7	182,3	7,4	6,1	45,7	29,9	1,31	1,54
Казанківський р-н	54	40	28,3	21,5	257,8	217,9	8,4	8,4	30,6	25,9	1,82	1,75
Кривоозерський р-н	74	74	30,6	31,0	341,8	224,4	8,2	8,1	41,6	27,6	1,86	2,01
Миколаївський р-н	76	98	25,8	33,7	276,5	194,3	9,0	7,9	30,6	24,7	1,65	2,13
Новобузький р-н	137	137	45,3	45,8	332,1	220,8	9,3	8,6	35,6	25,8	1,27	2,58
Новоодеський р-н	109	90	33,1	27,8	270,2	180,9	8,0	7,7	33,8	23,6	0,35	0,85

Очаківський р-н	97	95	32,8	32,5	313,2	226,8	9,0	8,3	34,9	27,4	2,57	4,31
Первомайський р-н	120	120	40,9	41,5	291,8	129,3	7,6	8,2	38,6	15,8	1,48	6,02
Снігурівський р-н	116	95	29,5	24,4	296,7	300,9	8,7	8,6	34,2	35,1	2,64	4,40
По районах	1 439	1 387	33,4	32,6	308,1	222,7	8,4	8,0	36,7	27,9	1,52	2,39
Всього по області	7 024	6 667	62,1	59,6	309,4	226,1	10,4	9,5	29,7	23,9	1,61	2,52

* За даними Управління охорони здоров'я Миколаївської облдержадміністрації [24]

Таблиця 2.5

Фактори обмеження доступності лікарського персоналу, які слід враховувати в управлінні закладом охорони здоров'я

№ з/п	Назва фактору	Джерела інформації щодо фактору
1	2	3
1	Довгострокове навчання/стажування	План професійного розвитку
2	Перспектива звільнення за власним бажанням (внаслідок зміни місця проживання тощо)	Індивідуальні співбесіди з працівниками
3	Перспектива звільнення через невідповідність вимогам підприємства	Результати оцінки/атестації лікарського персоналу
4	Перспектива кар'єрного зростання	План кар'єрного розвитку
5	Вихід у відпустку по догляду за дитиною	Індивідуальні співбесіди з працівниками
6	Вихід на пенсію	Вік працівника, індивідуальні співбесіди з працівниками

Орієнтовний алгоритм розрахунку кадрової потреби включає: визначення кількості необхідного персоналу; аналіз робітника; розрахунок потреби у кадрах [13].

Фактори обмеження доступності лікарського персоналу, які слід враховувати в управлінні закладом охорони здоров'я, систематизовані в табл. 2.5. Такий аналіз дозволить керівнику медичного закладу як врахувати поточні кадрові потреби медичного та іншого персоналу, так і спрогнозувати їх. Усі ресурси закладів охорони здоров'я Миколаївської області утворюють резерв, ефективне використання якого дозволяє забезпечити як потреби підприємств, зокрема, так і потреби населення області в цілому. Однак людські ресурси та їх мотивація мають найбільший вплив на побудову етичних відносин між лікарями та пацієнтами.

Загальновідомо, що заробітна плата є основою благополуччя членів суспільства, а висока заробітна плата є гарантією трудової мотивації, підвищуючи роль усіх аспектів праці, знижуючи соціальну напруженість у суспільстві (у нашому випадку – підвищення етичних відносин між лікарем та пацієнтом).

Заробітна плата як найважливіша соціально-економічна категорія повинна виконувати такі основні функції: відтворювальну, стимулюючу, регулюючу, соціальну, функцію формування та врівноваження платоспроможної ємності національного ринку, а також структурну та захисну.

Очевидно, що заробітна плата в Україні у сфері охорони здоров'я сильно відстає від світових стандартів. Як економічна категорія заробітна плата не повною мірою виконує свої функції. Для того, щоб заробітна плата була ефективним інструментом у системі економічних методів впливу на медичний персонал досліджуваного закладу охорони здоров'я та вибудовування його етичних взаємин з пацієнтами, заробітна плата повинна виконувати такі функції: мотивувати лікарів до виконання службових обов'язків; забезпечувати внутрішню та зовнішню рівність; підбирати кваліфікований персонал та

забезпечувати прийнятний рівень плинності кадрів; утримувати кваліфікований персонал; дотримуватися чинного законодавства та ін.

Висновки до Розділу 2

Якість медичної допомоги – головний критерій ефективної роботи медичних установ, важливий показник задоволення потреб людей у медичній допомозі. На етапі розвитку охорони здоров'я, поряд із запровадженням державних соціальних стандартів, пріоритетом удосконалення медичної допомоги є впровадження сучасних науково-обґрунтованих медичних стандартів, у тому числі клінічних протоколів. Галузеві стандарти включають: стандарт догляду; клінічний протокол; таблиць матеріально-технічного обладнання; медичної форми. Стандарти здоров'я містять критерії та показники здоров'я. На підставі вищевикладеного нами запропоновано схему контролю якості надання медичної допомоги в медичних установах.

Регулювання побудови етичних відносин між лікарем та пацієнтом на поєднанні етичних принципів Гіппократа та постгіппократівських норм. Головне тут те, що право лікаря повідомляти пацієнтові правдиву інформацію про його здоров'я обмежується вимогою передати її у доступній формі, щоб не зашкодити пацієнтові. А обов'язок пацієнта говорити правду зумовлений внутрішньою потребою лікаря та пацієнта зміцнити дух довіри у соціальній системі «пацієнт - лікар».

Людські ресурси та їх мотивація мають найбільший вплив на побудову етичних стосунків між лікарями та пацієнтами.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЕТИКО-ДЕОНТОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ В УПРАВЛІННІ ЯКІСТЮ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Вдосконалення кадрової політики в системі охорони здоров'я

Як зазначають міжнародні експерти, мета кадрової політики в системі охорони здоров'я - підготувати потрібних працівників необхідної кваліфікації, поставити їх у потрібне місце і дати потрібне завдання. І при цьому зберегти гнучкість з метою реагування на кризові ситуації, вирішувати існуючі проблеми та прогнозувати майбутні [39]. «Удосконалення кадрової політики, зрештою, має забезпечити медичний заклад необхідними трудовими ресурсами відповідно до якісних та кількісних характеристик, сприяти формуванню належних умов праці та їх покращенню, безперервному професійному розвитку, мотивувати співробітників на досягнення кращих результатів роботи, опанування і впровадження нових інноваційних медичних технологій та загалом підвищить рівень якості надання медичних послуг населенню» [19, с.13].

На думку дослідників С. Лукаш, Н. Маслак, В. Зговник, О. Пелипенко, удосконалення кадрової політики в закладах охорони здоров'я передбачає:

- «здійснення кадрового планування;
- систематичне проведення моніторингу та оцінювання ефективності роботи персоналу;
- забезпечення безперервного професійного розвитку медичного персоналу;
- впровадження мотивації медичного персоналу;
- забезпечення належних умов праці, безпеки й охорони праці на робочому місці;
- активне впровадження інформаційних систем управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я» [19].

Але структурування медичної професії відбувається навколо системи моральних цінностей. Медична етика має ряд істотних відмінностей, головними з яких є домінанта деонтологічної проблематики і певне посилення неформальних санкцій, у порівнянні з іншими етичними системами [20, с.103].

Науково-технічний прогрес супроводжується впровадженням у практику охорони здоров'я модернізованого медичного обладнання, які змушують по-новому розглядати традиційні норми медичної етики. «У даний час є багато випадків, коли люди, не приходячи до тями, живуть в реанімаційних відділеннях тижнями і місяцями. Лікарі впевнені у безперспективності лікування такого хворого, але не мають морально-етичного права відключити апарати штучного дихання і кровообігу, оскільки в протилежному випадку їх дії можуть розглядатися як евтаназія» [20, с.103].

Як зазначається у [20], зміни відбуваються у морально-етичній свідомості лікарів. Сьогодні медична мораль не здатна виступати в якості регулятора суспільних відносин, із зростанням технічного прогресу в медицині моральні норми трансформуються у правові. Сприяючи гуманізації медицини, етика впливає на формування професійної самосвідомості медиків, формуючи й оновлюючи моральні регулятори когорти медичних працівників, структурує дану професійну групу навколо системи моральних цінностей.

Звідси, формування професійної компетентності медичного персоналу закладу охорони здоров'я має базуватися на наступних факторах (рис. 3.1). Варто зазначити, що лікарі покликані бути висококваліфікованими фахівцями, що не лише розуміють свої вузько-професійні завдання, а й обізнаними у питаннях медичної етики, психології, юриспруденції, інформаційних технологіях, нових методів діагностики та лікування хвороб, бути адаптованими до змін, що відбуваються у суспільстві, вміти приймати у межах своєї компетенції управлінські рішення та організовувати лікувальний процес.

Тому у закладах охорони здоров'я кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності кожного медичного працівника.

Важливу роль у формуванні кадрової політики в закладі охорони здоров'я формування основних цінностей лікарів та моніторинг організаційної культури.

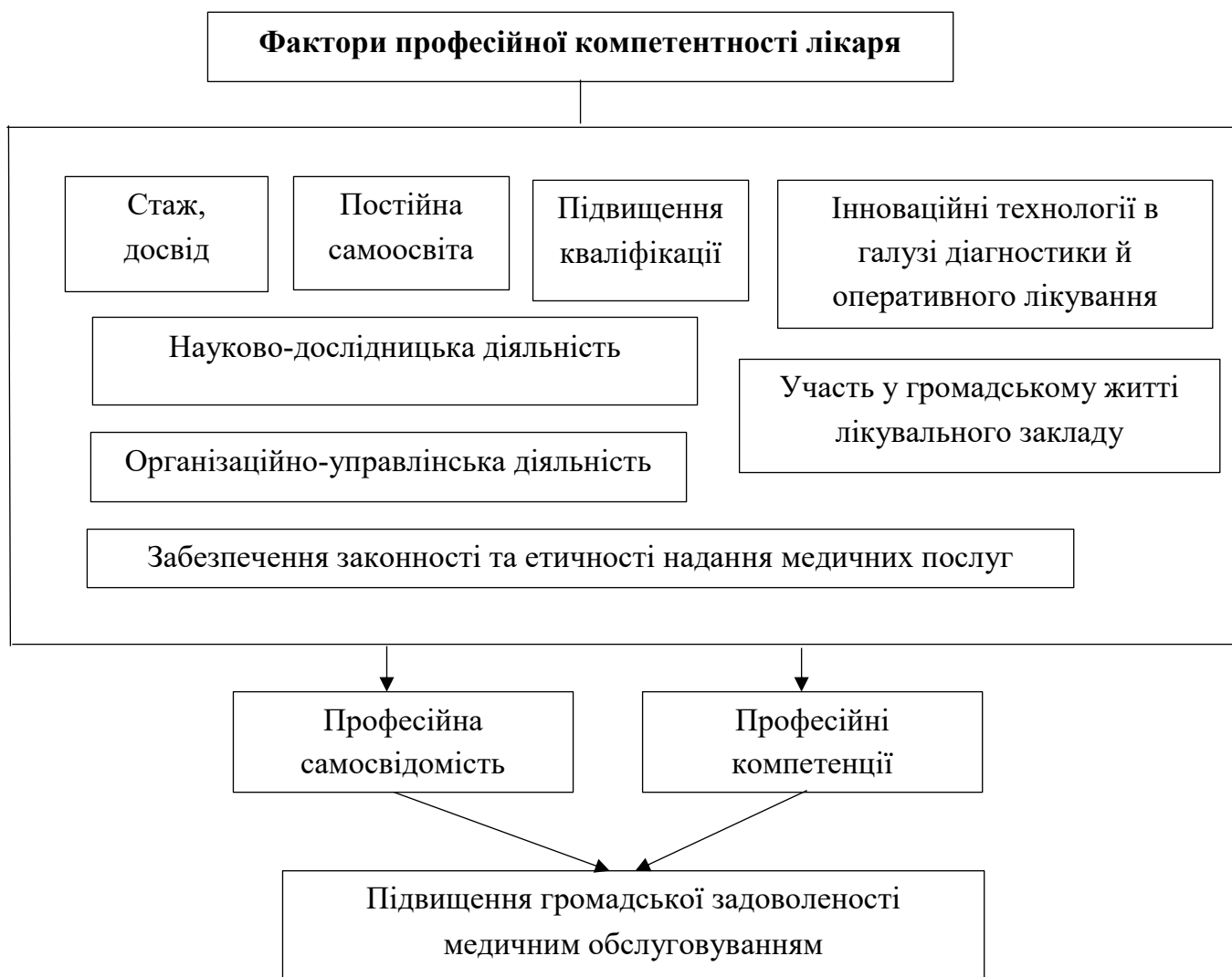


Рис. 3.1. Фактори формування професійної компетентності медичного персоналу закладу охорони здоров'я

З метою вдосконалення системи підвищення кваліфікації кадрів у медичних установах вважаємо за доцільне вдосконалити процедуру атестації персоналу. На наш погляд, використання проміжних та спеціальних процедур атестації має бути першим кроком у цьому напрямку. Отже, проведення спеціальної атестації доцільно під час застосування різних форм підвищення кваліфікації персоналу, саме: навчання, перепідготовка, підвищення кваліфікації тощо. Застосування проміжної атестації слід проводити щодо персоналу з

інтервалом від 6 місяців до 1 року, а результати даної атестації слугуватимуть інформаційною базою для прийняття управлінських рішень щодо просування по службі, використання стимулів, а також доцільності різноманітних форм підвищення кваліфікації.



Рис. 3.2. Завдання з вдосконалення кадрової політики в сфері охорони здоров'я

Удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я шляхом посилення нормативної бази, виходячи з існуючих проблем галузі, умов її

розвитку та з урахуванням рекомендацій та досвіду світової практики, має включати такі завдання (рис. 3.2).

Робота медичного персоналу, особливо лікарів, має ґрунтуватися на принципі соціальної справедливості, до якого мають входити: медичний працівник та пацієнт. Це гарантує: доступність та якість медичної допомоги, повагу до прав медичних працівників та пацієнтів та їх захист.

Таким чином, «відповідно до принципу соціальної справедливості держава загального добробуту забезпечує кожному зі своїх громадян гідний рівень життя, усуває або зводить до мінімуму невинновдані соціальні відмінності між людьми та допомагає всім тим, хто цього потребує. Водночас він має створювати умови для самореалізації особистості, стимулювати його активність у самозабезпеченні високим матеріальним добробутом і тим самим підтримувати та гарантувати його свободу».

В основу побудови взаємовідносин в системі «лікар-пацієнт» повинні лягти, передусім, положення Конституції України, яка визначає наступні права громадянина і пацієнта:

- 1) «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю (стаття 3 Конституції України);
- 2) кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (стаття 49 Конституції України);
- 3) охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм;
- 4) держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [16].

Повага до прав пацієнтів у процесі отримання медичної допомоги має здійснюватися на фоні постійного поліпшення якості медичної допомоги, оскільки останнє також означає процес взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на медичному професіоналізмі, тобто, ризик прогресування захворювання та

запобігання новому патологічному процесу, оптимальне використання медичних ресурсів та забезпечення задоволеності пацієнта наданої йому медичною допомогою. Отже, методологічний підхід до побудови етичних відносин між лікарем та пацієнтом у закладах охорони здоров'я має ґрунтуватися на чотирьох принципах (рис. 3.3).

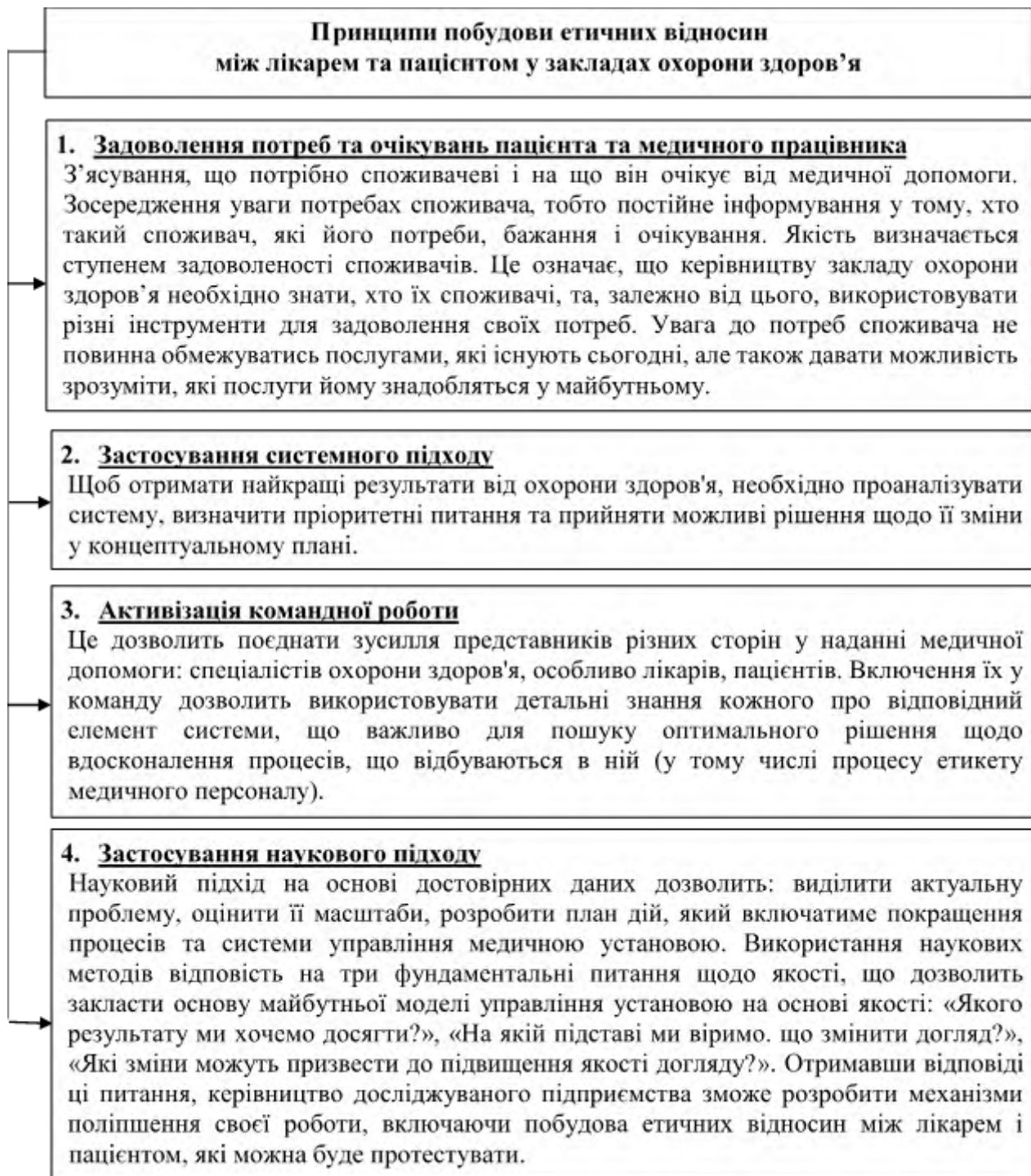


Рис. 3.3. Принципи побудови етичних відносин між лікарем та пацієнтом у закладах охорони здоров'я

Постійне поліпшення якості медичної допомоги та медичних послуг має включати комплексний, інтегрований та динамічний підхід до підвищення якості, спрямований на підвищення ефективності медичної установи та її медичного персоналу як цілісної системи, постійну зміну та покращення кадрової системи (замість виявлення та покарання працівників, чия практика чи робота не відповідає встановленим стандартам).

Загалом методологія управління якістю охорони здоров'я складається з трьох основних напрямків діяльності: створення якості, покращення якості та контроль якості. Сюди входять усі дії, спрямовані на створення системи забезпечення якості, покращення якості існуючої системи охорони здоров'я та її організації, нагляд за якістю (розробка стандартів, аудит, система моніторингу, самооцінка, зворотний зв'язок, дії керівництва, оцінка якості, управління змінами).

Світовий досвід показує, що залучення пацієнтів сприяє значним змінам у сфері охорони здоров'я у бік більшої безпеки, якості, доступності охорони здоров'я та медичних послуг.

Тому ми вважаємо, що необхідно покращити правила щодо безпеки пацієнтів; підвищити мотивацію медичного персоналу до забезпечення безпеки медичної допомоги, якості медичних послуг, побудови та розвитку етичних відносин між лікарем та пацієнтом. Це ляже в основу орієнтованої на пацієнта моделі діяльності та сприятиме покращенню медичної роботи у всіх галузях.

3.2. Впровадження принципу колегіальності в діяльність закладів охорони здоров'я з метою підвищення якості медичної допомоги

Не можна забувати про етичні норми у відносинах між співробітниками закладу охорони здоров'я. При виконанні професійних обов'язків лікар повинен поводитися так, щоб не підривати авторитет професії. Колегіальність у медицині - це дотримання відповідних етичних норм, а й свого роду колективне набуття

професійного досвіду; це школа, де медичні навички набуваються за допомогою усної інформації в найкоротший термін.

Принцип колегіальності ґрунтується «на повазі до будь-якої думки під час надання медичної допомоги, незалежно від статусу лікаря, віку, національності тощо. А також на толерантності та рівності».

Колегіальність, згідно з 4 розділом Етичного кодексу лікарів України, передбачає:

- «доброзичливе ставлення до колег;
- повагу до своїх вчителів;
- неможливість публічної дискредитації професійної кваліфікації іншого лікаря;
- коректні форми фахових зауважень колегам» [8].

Успіх у лікуванні пацієнтів великою мірою визначається колегіальними взаємовідносинами між медичними працівниками, тобто соціально-психологічним кліматом у закладі охорони здоров'я.

Позитивний соціально-психологічний клімат у медичному колективі сприяє формуванню у кожного медичного працівника почуття задоволення від участі у спільній діяльності, а отже - бажання працювати, як наслідок, підвищує ефективність роботи та, відповідно, благотворно впливає на пацієнтів.

Правильна організація роботи та впорядкована виробнича дисципліна у медичному колективі відіграють важливу роль у становленні ділових, здорових взаємин між його членами. Внутрішній регламент медичного закладу повинен бути спланований так, щоб весь робочий час медичного працівника належав пацієнтам, щоб він була звільнена від роботи. Якщо обсяг роботи кожного працівника чітко визначений, а можливість її виконання підкріплена достатнім навчанням медичних працівників та наявністю необхідних матеріалів (ліків, перев'язувальних матеріалів, інструментів, сучасного діагностичного та лікувального обладнання), команда працюватиме як налагоджений механізм.

Запорукою правильних взаємин у медичному колективі є неухильне дотримання всіма медичними працівниками підпорядкованості, тобто

підпорядкування нижчих органів та посадових осіб вищим та дотримання правил професійної дисципліни. Дотримання субординації є надзвичайно важливим у практичній медицині, де багато діагностичних та лікувальних заходів потребують відповідної послідовності та безперервності. У посадових інструкціях кожен медичний працівник окреслюється обсяг роботи, який, за умови його сумлінного виконання, забезпечує як життєздатність організму пацієнта, так і поступове відновлення функцій, порушених хворобою. У цих обставинах будь-які поради, інструкції або розпорядження старшої посадової особи є обов'язковими для всіх підлеглих йому працівників.

Суворе дотримання підпорядкованості між співробітниками - запорука організації та хорошої роботи всього колективу, високої дисципліни та встановлення деонтологічно зумовлених відносин між професіоналами охорони здоров'я.

Етична сторона підпорядкування в медицині має на увазі не формальне підпорядкування посади, засноване на суто дисциплінарних умовах, а відносини, засновані на моральних та етичних підходах, таких як дружелюбність, взаємна повага, такт та почуття товариської взаємодопомоги між старшими та молодшими посадовими особами. Дотримання цих простих доступних моральних та етичних вимог піднімає весь комплекс взаємовідносин у медичному колективі на високий професійний рівень, перетворює гуманізм лікарів на повсякденні потреби кожного з його співробітників.

Отже, результативна діяльність закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу ґрунтується на:

- сталих, доброзичливих стосунках, уваги один до одного, готовності прийти на допомогу, причому не вибірково, а стосовно усіх членів медичного колективу;
- відсутності замкнутості, ізольованості, особистого егоїзму в медичному колективі;
- загальному прагненні до взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я та спільного розв'язання загальних проблем;

- наявності у членів медичного колективу почуття захищеності;
- стосунках відповідальної залежності між членами медичної установи.

Питання колегіальності є дуже важливим саме у медичному колективі (рис. 3.4).



Рис. 3.4. Рівні дотримання колегіальності у закладі охорони здоров'я
[сформовано автором]

Лікар вітчизняного закладу охорони здоров'я повинен володіти комплексом знань, навичок та умінь з основ психології спілкування, конфліктології як науки, теоретичним та практичним способом продуктивного

вирішення конфліктів, які можуть виникнути у міжособистісному спілкуванні з колегами.

Лікар повинен чітко усвідомлювати всі процеси, що відбуваються при взаємодії з пацієнтом під час лікування, а також контролювати власний емоційний стан, здійснювати самоконтроль. Необхідними для якісного функціонування регуляторного компонента характеристиками є здатність самоконтролю в емоційній сфері, спілкуванні, саморегуляція, впевненість у собі, рішучість.

У контексті вищевикладеного доречно поговорити про синдром емоційного вигорання та боротьбу з ним. «Проблема емоційного вигорання актуальна для медичних працівників у всьому світі. Медики, як і наприклад, вчителі, викладачі, соціальні працівники, належать до професій типу «людина - людина», котрі є особливо вразливими до вигорання. Від 25% до 75%, в залежності від лікарської спеціальності, – відчують цю проблему».

На емоційне вигорання медичного персоналу впливають дві групи чинників:

- з одного боку, «постійне спілкування з хворими та їхніми родичами, перебування в колі складних людських проблем, негативних емоцій страху смерті, болю, а також відчуття відповідальності за життя та одужання пацієнтів»
- з іншого боку, «вимоги високої компетентності й постійного професійного самовдосконалення, напружений графік роботи, низька заробітна плата медичних працівників, неможливість професійного зростання, неналежні умови праці, атмосфера в колективі».

Австралійські вчені М. Pierce та G. Molloy стверджують, що «до емоційного вигорання схильний кожен із нас. Вони доводять, що швидкість «згорання» не пов'язана ні з освітою, ні з рівнем інтелекту, ні навіть з оплатою праці. Чутливі й емоційні люди раніше помічають його симптоми, проте інтенсивність процесу не залежить ні від душевної організації, ні від особистої

історії. Єдине, що має значення, – ситуація на роботі та ставлення до неї професіонала» [6, с.49].

Ми погоджуємось з думкою Т. Косої [17], що «важливе значення має соціальний клімат у колективі, справедливе ставлення керівників до своїх колег, справедливий розподіл навантаження, створення сприятливих гендерних умов праці, особливо в умовах роботи із комп'ютерною технікою та інформаційними технологіями. Робота повинна приносити задоволення, а не бути тягарем. Потрібно створити такі взаємини в колективі, щоб кваліфіковані та досвідчені медичні працівники навчали молодих, і в усьому підтримували їх на початковому етапі роботи. Без взаємної поваги і дружніх стосунків нічого не вийде. Багато тут залежить від корпоративної культури, навчання і розвитку співробітників» [17, с.40-41]. Іншими словами, саме впровадження принципу колегіальності в діяльність закладів охорони здоров'я сприятиме наданню медичних послуг високої якості через сумлінну співпрацю, що характеризується взаємною довірою і повагою сторін взаємодії.

Висновки до Розділу 3

Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я. Сьогодні в органах державної влади є чітке усвідомлення того, що для досягнення найкращих результатів у реформуванні вітчизняної охорони здоров'я галузева кадрова політика повинна виходити на пріоритетні позиції не формально, а обґрунтовано розроблятися з урахуванням реальних потреб галузі. Належний рівень надання медичних послуг залежить насамперед від якості підготовки медичного персоналу на різних етапах, а також підготовки керівників для медичної галузі. Серед завдань з вдосконалення кадрової політики в сфері охорони здоров'я вагоме місце займає оцінка якості надання медичної допомоги, важливим аспектом якої є оцінка її етичної компоненти.

Етико-деонтологічні аспекти в управлінні якістю роботи в закладах охорони здоров'я включають, поміж іншого, внутрішньо-колективні відносини,

засновані на моральних та етичних підходах, таких як дружелюбність, взаємна повага, такт та почуття товариської взаємодопомоги. Медична робота має колективний характер, і вона неможлива без встановлення етичних і професійно-доцільних взаємовідносин всередині колективу. Взаємна повага, дружелюбність, готовність бути взаємозамінними, коли цього вимагають інтереси роботи, підвищене почуття відповідальності, спільність та взаємодопомога допомагають медпрацівнику знайти своє місце у колективі, а закладу охорони здоров'я – підвищити якісь надання медичних послуг.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Аналіз санітарно-гігієнічних умов праці в організації

Створення здорових та безпечних умов праці та адекватна оцінка конкретних умов та характеру праці сприятиме обґрунтованій розробці та впровадженню комплексу заходів і технічних засобів з профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань, зокрема за рахунок покращення параметрів виробничого середовища, зменшення важкості та напруженості трудового процесу.

Велике значення з санітарно-гігієнічної точки зору має благоустрій території, що включає озеленення, обладнання тротуарів, майданчиків для відпочинку, занять спортом та ін. Озеленені ділянки складають 10...15% загальної площі підприємства. Споруда відповідає основним вимогам до будівель викладених в СНіП 2.09.02-85.

Для оброблення та захисту внутрішніх поверхонь конструкцій приміщень від дії шкідливих речовин та вологи використана керамічна плитка, стійка штукатурка, олійна фарба, які допускають миття поверхонь. Підлоги повинні бути теплими, неслизькими, щільними, легко очищуватись.

Об'єм виробничого приміщення на одного працівника згідно з санітарними нормами складає не менше 15м³, а площа приміщення - не менше 4,5 м². Приміщення, де розташовані електрощитове, вентиляційне, компресорне та інші види обладнання підвищеної небезпеки постійно зачинені на ключ з тим, щоб в них не потрапили сторонні працівники. З метою запобігання травматизму у виробничих приміщеннях застосовується попереджувальне пофарбування будівельних конструкцій, устаткування трубопроводів, а також знаки безпеки відповідно до ГОСТ 12.4.026-76. Отже наведемо параметри санітарно-гігієнічних умов праці у таблиці 4.1.

Суттєвий вплив на стан організму працівника, його працездатність здійснює мікроклімат (метеорологічні умови), під яким розуміють умови внутрішнього середовища приміщень, що впливають на тепловий обмін працюючих з оточенням.

Таблиця 4.1

Параметри санітарно-гігієнічних умов праці організації

№ п/п	Параметри	Фактичне значення	Норматив з державним стандартом	Відповідність фактичним значенням нормативу
1	2	3	4	5
1	Температура повітря в перехідний період, С	22 °С	23°С	Відповідає
2	Відносна вологість, %	7%	75%	Відповідає
3	Швидкість руху повітря, м/с	0,1	0,1	Відповідає
4	Запиленість, мг/м3	0,2	0,2-0,4	Відповідає
5	Освітленість, лк	342,66	400	Відповідає
6	Рівень шуму, дБл	45	50	Відповідає

Ці умови визначаються поєднанням температури, відносної вологості та швидкості руху повітря, температури поверхонь, що оточують людину та інтенсивності теплового (інфрачервоного) опромінення.

Незважаючи на те, що параметри мікроклімату приміщень можуть змінюватись, іноді навіть значно, температура тіла людини залишається постійною (36,6° С). Властивість організму людини підтримувати тепловий баланс із навколишнім середовищем називаються терморегуляцією. Кількість тепла, що утворюється в організмі людини залежить від фізичних навантажень, а рівень тепловіддачі – від мікрокліматичних умов, головним чином, температури повітря (табл. 4.2).

Можливості організму пристосовуватись до метеорологічних умов є однак

не безмежні. Верхньою межею терморегуляції людини, що знаходиться у спокою, прийнято вважати 30-31°C при відносній вологості 85% чи 40°C відносній вологості 30%. При виконанні фізичної роботи ця межа значно нижча. На сьогодні основними нормативними документами, що регламентують параметри мікроклімату виробничих приміщень є ДСН 3.3.6.042-99 та ГОСТ 12.1.005-88. Для цього є системи вентиляції.

Таблиця 4.2

Кількість тепла та вологи, що виділяється однією людиною

Виконувана робота	Тепло, Вт				Волога, г/год	
	Повне		Явне		При 10°C	При 35°C
	При 10 °C	При 35 °C	При 10 °C	При 35 °C		
У стані спокою						
Фізична:						
Легка	160	93	140	2	30	115
Середньої важкості	180	145	150	5	40	200
важка	215	195	165	5	70	280
	290	290	195	10	135	415

Під вентиляцією розуміють сукупність заходів та засобів призначених для забезпечення на постійних робочих місцях та зонах обслуговування виробничих приміщень метеорологічних умов та чистоти повітряного середовища, що відповідають гігієнічним та технічним вимогам.

Вентиляція класифікується за такими ознаками:

- за способом переміщення повітря – природна, штучна (механічна та суміщена (природна та штучна одночасно));
- за напрямком потоку повітря – припливна, витяжна, припливно-витяжна;
- за місцем дії – загальнообмінна, місцева, комбінована;
- за призначенням – робоча, аварійна.

В дослідженій медичній організації вентиляція природна та штучна, і вони

відповідають наступним санітарно-гігієнічним вимогам:

- створює в робочій зоні приміщень нормовані метеорологічні умови праці (температуру, вологість і швидкість руху повітря);
- повністю усуває з приміщень шкідливі пил, пари та аерозолі;
- не створює на робочих місцях протягів чи різкого охолодження;
- доступні для керування та ремонту під час експлуатації;
- не вносить в приміщення забруднене повітря ззовні або шляхом засмоктування із суміжних приміщень.

Штучна вентиляція – це кондиціонування повітря, створення та автоматичне підтримування в приміщенні заданих або таких, що змінюються за певною програмою метеорологічних умов, які є найбільш сприятливими для працівників чи для нормального протікання технологічного процесу. На нашому підприємстві є тільки місцеві кондиціонери, вони мають малу продуктивність і встановлюються в невеликих приміщеннях. Вони працюють на зовнішньому повітрі за припливною схемою.

Системи опалення на підприємстві являють собою комплекс елементів, необхідних для нагрівання приміщень у холодний період року. До них належать теплопроводи та нагрівальні прилади (радіатори). Системи опалення можна поділити на місцеві та центральні.

Центральне опалення відповідає основним санітарно-гігієнічним вимогам. Основні переваги цієї системи: рівномірне нагрівання приміщення; можливість централізованого регулювання температури теплоносія (води); відсутність запаху гару, при осіданні пилу на радіатори; підтримання відносної вологості повітря на відповідному рівні (повітря не пересушується); виключення опіків від нагрівальних приладів; пожежна безпека.

Наступним розглянемо питання освітлення.

Світло впливає не лише на функцію органів зору, а й на діяльність організму в цілому, отже для створення оптимальних умов зорової роботи слід враховувати не лише кількість та якість освітлення, а й кольорове оточення. В моєму випадку на підприємстві світле пофарбування інтер'єру, завдяки цьому

збільшується кількість відбитого світла, та рівень освітленості підвищується на 20-40%, різкість тіней зменшується, покращується рівномірність освітлення. Освітлення виробничих приміщень характеризується кількісними та якісними показниками. До основних кількісних показників належать: світловий потік, сила світла, яскравість і освітленість. До якісних показників зорових умов роботи можна віднести: фон, контраст між об'єктом і фоном, видимість.

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

- створювати на робочій поверхні освітленість, що відповідає характеру зорової роботи і не є нижчою за встановлені норми;
- забезпечувати достатню рівномірність та постійність рівня освітленості у виробничих приміщеннях, щоб уникнути частої переадаптації органів зору;
- не створювати на робочій поверхні різких та глибоких тіней (особливо рухомих);
- бути достатнім для розрізнення деталей контраст поверхонь, що освітлюються;
- бути надійним і простим в експлуатації, економічним та естетичним.

Біля 90% інформації сприймається через зоровий канал, тому правильно виконане раціональне освітлення має важливе значення для виконання всіх видів робіт. Світло є не тільки важливою умовою роботи зорового аналізатора, але й біологічним фактором розвитку організму людини в цілому. Для людини день і ніч, світло і темрява визначають біологічний ритм - бадьорість та сон. Отже, недостатня освітленість або її надмірна кількість знижують рівень збудженості центральної нервової системи і, природна активність усіх життєвих процесів.

4.2. Розробка заходів з покращення санітарно-гігієнічних умов праці в медичних установах

Останні десятиліття ознаменувалися значними здобутками медичної науки та техніки. Подальший розвиток медичної техніки, біотехнології, що широко використовуються в медичній лазерній практиці випромінювання, дедалі частіше використовуються іонізуюче випромінювання. Збільшується арсенал ліків, у тому числі антибіотиків, та також миючі та дезінфікуючі засоби. У зв'язку з цим важливо зміна змісту, характеру та особливостей роботи лікарів та інших медичних та допоміжний персонал. Однак такі зміни призводять до значного зростання нервової, розумової та інтелектуальної напруги, тому що великий потік інформації від різних діагностичних, комп'ютерних та інших систем вимагає від лікаря прийняття у найкоротший термін, відповідного рішення, поставити правильний діагноз, визначити адекватну тактику лікування тощо. Слід зазначити, що це відносно нові проблеми, що не виключають традиційні особливості роботи лікаря, такі як: внутрішньолікарняні інфекції, травми, радіація, забруднення повітря, алергія тощо.

Гігієнічна класифікація умов праці медичного персоналу містить:

- безпечні умови праці - стан умов праці, за якого вплив на працівників шкідливих та небезпечних виробничих факторів усунуто або їх рівні не перевищують граничнодопустимих значень;
- виробничо обумовлені захворювання - захворювання різноманітної етіології (переважно поліетіологічні), що мають тенденцію до зростання при збільшенні стажу роботи в несприятливих умовах праці та перевищують таку в професійних групах, що не контактують зі шкідливими факторами;
- гігієнічний норматив - рівень шкідливих виробничих факторів, який при щоденній (крім вихідних днів) 8-годинній роботі (але не більше 40 годин на тиждень протягом усього робочого стажу) не повинен викликати захворювань або відхилень у стані здоров'я. Дотримання гігієнічних нормативів не виключає

порушень стану здоров'я осіб з підвищеною чутливістю (зниженою резистентністю);

- граничнодопустима концентрація шкідливої речовини у повітрі робочої зони - концентрація речовини, яка за умов регламентованої тривалості її щоденної дії при 8-годинній роботі (але не більше ніж 40 годин протягом тижня) не повинна викликати захворювань або відхилень у стані здоров'я;

- експозиція - кількісна характеристика інтенсивності та тривалості дії шкідливого фактору;

- захист часом - зменшення впливу шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу на працівників шляхом обмеження часу їх дії: введення внутрішньозмінних перерв, скорочення робочого дня, збільшення тривалості щорічної відпустки;

- небезпечний виробничий фактор - фактор середовища і трудового процесу, що може бути причиною гострого захворювання (отруєння), раптового різкого погіршення здоров'я або смерті;

- постійне робоче місце - місце, де працівник перебуває більше 50% свого робочого часу або більше 2 годин безперервно. Якщо при цьому робота виконується на різних ділянках робочої зони, постійним робочим місцем вважається вся зона;

- постійний інфразвук - інфразвук, рівень звукового тиску якого змінюється не більше ніж на 10 дБ;

- постійний шум - шум, рівень звуку якого за робочу зміну змінюється у часі не більше ніж на 5 дБ;

- працездатність - стан людини, за якого сукупність фізичних, розумових та емоційних можливостей дає змогу працівнику виконувати роботу визначеного змісту, обсягу та якості;

- працеспроможність - стан людини, обумовлений можливістю фізіологічних і психічних функцій організму, що характеризують його здатність виконувати конкретну кількість роботи заданої якості за необхідний інтервал часу;

- професійне захворювання - захворювання, що виникло внаслідок професійної діяльності працівника та зумовлюється виключно або переважно впливом шкідливих факторів виробничого середовища і трудового процесу;
- професійний ризик - величина ймовірності порушення (ушкодження) здоров'я працівника внаслідок несприятливого впливу факторів виробничого середовища і трудового процесу;
- робоче місце - місце постійного чи тимчасового перебування працюючих в процесі трудової діяльності;
- робочий день (зміна) - встановлена законодавством тривалість (у годинах) роботи протягом доби;
- умови праці - сукупність факторів виробничого середовища і трудового процесу, які впливають на здоров'я і працездатність людини під час виконання нею трудових обов'язків;
- шкідливий виробничий фактор - фактор середовища або трудового процесу, вплив якого на працівника за певних умов (інтенсивність, тривалість дії тощо) може спричинити професійне або виробничо обумовлене захворювання, тимчасове або стійке зниження працездатності, підвищення частоти соматичних та інфекційних захворювань, призвести до порушення здоров'я як працівника, так і його нащадків;
- шкідливі умови праці - стан умов праці, за якого рівень впливу одного або більше факторів виробничого середовища та/або трудового процесу перевищує допустимий.

До основних шляхів оптимізації та охорони праці лікарів відносять санітарно-гігієнічні заходи, а саме:

- 1) Розробка галузевих нормативів умов виробничого середовища у лікувально-профілактичних закладах (освітлення, мікроклімат, вентиляція, водопостачання, водовідведення тощо).
- 2) Контроль за дотриманням санітарних норм і правил.
- 3) Санітарно-просвітня робота як серед лікарів, так і середнього та допоміжного медичного персоналу.

Основними санітарно-гігієнічними заходами щодо профілактики виробничого травматизму та професійної захворюваності є:

- контроль за впливом виробничих факторів на здоров'я медичних працівників;
- забезпечення санітарно-побутових умов згідно з діючими нормами;
- атестація робочих місць відповідно до їх нормативним актам з охорони праці;
- планування заходів щодо поліпшення санітарно-гігієнічних умов праці;
- паспортизація санітарно-технічного стану умов праці.

Головним і обов'язковим в дотриманні санітарно-гігієнічних умов праці в медичних установах ми вважаємо суворе виконання медичним і обслуговуючим персоналом правил санітарно-гігієнічного режиму при роботі з хворими в різних відділеннях.

При наданні медичної допомоги хворим на інфекційні захворювання, або з підозрою на них персонал має постійний безпосередній контакт з хворими, предметами догляду, речами і заразним матеріалом, налаштовуючись на небезпеку зараження різними шляхами: через їжу, повітря, воду, руки, зовнішні покриви тіла, через членистоногих, гризунів та ін. Небезпека зараження поширюється також на членів сімей, осіб, що проживають з ними.

Персонал, який обслуговує інфекційних хворих, зобов'язаний беззастережно виконувати цілий ряд правил санітарно-гігієнічного режиму та вимог техніки безпеки.

Це стосується, насамперед, вимог носіння спецодягу, обов'язкового миття в душі після закінчення роботи, правил зберігання спецодягу, вимог особистої гігієни та ін. Наприклад, при наявності на руках порізів та подряпин необхідно одягати гумові рукавички, які після закінчення роботи підлягають знезараженню.

Серед потенційних факторів перенесення збудників інфекційних хвороб особливої уваги потребують руки медичного персоналу. У зв'язку з цим, дуже

важливо зрозуміти, що належний захист рук - необхідний захід профілактики внутрішньо лікарняних інфекцій.

Про кожний підозрілий на інфекцію випадок захворювання на квартирі медичного працівника, що працює в інфекційній лікарні, в сім'ї треба негайно повідомити головному лікареві, зав. відділенням або старшій медичній сестрі.

Санітарно-гігієнічні умови праці в протитуберкульозних закладах у цілому такі ж, як і в інших інфекційних лікарнях або відділеннях з деякими особливостями, які витікають із специфічного характеру туберкульозного збудника.

Так, у всіх протитуберкульозних стаціонарах повинні бути окремі приміщення: а) для миття і стерилізації плювальниць і знезараження харкотиння хімічним або термічним шляхом; б) для апаратів автоматичного миття і стерилізації суден і сечозбірників.

При мийці суден і сечозбірників персонал повинен користуватися прогумованим фартухом і гумовими рукавичками.

Завдання керівників та відповідальних осіб з питань безпеки - це організація і проведення санітарно-гігієнічного навчання для підвищення кваліфікації та обізнаності своїх працівників, а також організація безпечних умов праці та навчання. При цьому санітарно-гігієнічне навчання має бути ефективним:

1. Санітарно-гігієнічне навчання повинно бути систематичним для підтримання знань, тому періодичність не повинна розтягуватись у часі.
2. Санітарно-гігієнічне навчання повинно бути з різних питань санітарного законодавства, тому постійним.
3. Підтвердженням того, що дійсно проводиться санітарно-гігієнічне навчання з працівниками, є оформлення відповідної документації.

Висновки до Розділу 4

На підприємствах, в організаціях, в яких наявні небезпечні фактори, потрібно регулярно здійснювати аналіз умов праці та стану виробництва. Оцінка

умов праці дає змогу мінімізувати ризики настання нещасних випадків, зменшити випадки захворювань працівників.

Санітарно-гігієнічні умови праці створюють зовнішнє середовище на робочому місці. До них відносять температурний режим, вологість, рух повітря та його тиск, освітлення, загазованість, запиленість, величину шуму, вібрацію. Стадії впливу зазначених факторів поділяються на: незначні, підвищені або знижені, середні, високі, дуже високі. Усі вони кількісно оцінюються за допомогою методів санітарно-гігієнічних досліджень і нормуються шляхом установлення стандартів, санітарних норм і вимог.

Заходи з покращення санітарно-гігієнічних умов праці в медичних установах: контроль за впливом виробничих факторів на здоров'я медичних працівників; забезпечення санітарно-побутових умов згідно з діючими нормами; атестація робочих місць відповідно до їх нормативним актам з охорони праці; планування заходів щодо поліпшення санітарно-гігієнічних умов праці; паспортизація санітарно-технічного стану умов праці. Завдання керівників медичних установ та відповідальних осіб з питань безпеки - це організація і проведення санітарно-гігієнічного навчання для підвищення кваліфікації та обізнаності медичного персоналу.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволяє зробити такі загальні висновки і рекомендації:

1. Питання медичної деонтології та етики мають велике практичне значення. З позицій системного підходу визначається тісна взаємозалежність різних факторів, що впливають на виникнення, перебіг та результат захворювання, де одне з центральних місць належить психосоціальним факторам, які необхідно враховувати, особливо у медичній практиці. Лікарі зобов'язані запобігати та запобігати антигуманним наслідкам у своїй професійній діяльності. Медична етика та деонтологія пов'язані з трьома основними цінностями: співчуття, компетентність, автономія.

2. Високоякісна медична допомога включає: структурні та організаційні аспекти надання медичної допомоги, такі як доступність; професійну майстерність та ефективне використання ресурсів; позитивний результат допомоги для пацієнта. У Методичних рекомендаціях щодо організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я надано критерії якості медичної допомоги, серед яких пріоритетне місце займає критерій – дотримання етичних та деонтологічних норм медичної діяльності.

3. В стандартах медичної допомоги містяться критерії та індикатори медичної допомоги. Критерії якості медичної допомоги визначають якість медичної допомоги, якої необхідно прагнути. Індикатори якості медичної допомоги віддзеркалюють ступінь досягнення (або, навпаки – відхилення) цільового рівня медичної допомоги. Важливо, щоб індикатори використовувалися для оцінки якості медичної допомоги на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Контроль якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я містить забезпечення дотримання законодавчих і нормативно-правових вимог, медичних стандартів, протоколів, формулярів, справедливих вимог населення, де об'єктами контролю є процеси: управління ресурсами, лікувально-діагностичні, профілактичні, управління якістю. На основі контролю якості керівництвом закладу охорони здоров'я приймаються управлінські рішення з

виданням по закладу наказу про підсумки діяльності системи управління якістю за поточний рік та поліпшення проблемних елементів системи з планом його виконання.

4. Регламентами, що врегульовують діяльність закладу охорони здоров'я – Комунального некомерційного підприємства (КНП), загалом, та побудову етичних взаємовідносин лікаря та пацієнта у такому закладі, зокрема, є Статут підприємства та посадові інструкції його працівників. Аналізу ступеня відображення у регламентах медичних установ принципів гіппократівської та постгіппократівської етики показав, що з усіх принципів – допомоги і благодіяння, ненанесення шкоди, поваги особистості, соціальної справедливості - значно слабше, ніж інші, у регламентах закладів охорони здоров'я, де надаються медичні послуги, зафіксований принцип «поваги особистості» («поваги до автономії особистості»).

5. Інформаційні дані про роботу закладів охорони здоров'я у Миколаївській області у 2019-2020 роках вказують на те, що ця робота є результатом наявності відповідного ресурсного забезпечення (організаційні, кадрові, фінансові ресурси та ін.), яке формується шляхом використання державою, передусім, нормативного методу (його інструментом є норми і нормативи). Людські ресурси (медичні кадри) та їх мотивація мають найбільший вплив на побудову етичних стосунків між лікарями та пацієнтами.

6. Структурування медичної професії відбувається навколо системи моральних цінностей. Звідси, формування професійної компетентності медичного персоналу закладу охорони здоров'я має базуватися на наступних факторах: стаж (досвід), постійна самоосвіта, підвищення кваліфікації, впровадження інноваційних технологій в галузі діагностики та оперативного лікування, науково-дослідницька діяльність, організаційно-управлінська діяльність, участь у громадському житті лікувального закладу, забезпечення законності та етичності надання медичних послуг. Удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я шляхом посилення нормативної бази, виходячи з існуючих проблем галузі, умов її розвитку та з урахуванням

рекомендацій та досвіду світової практики, має включати низку завдань, запропонованих у главі 3.1. Побудова етичних відносин між лікарем та пацієнтом у закладах охорони здоров'я має ґрунтуватися на принципах: задоволення потреб та очікувань пацієнта та медичного працівника, застосування системного підходу, активізація командної роботи, застосування наукового підходу.

7. Активізація командної роботи в лікувальному закладі має ґрунтуватися на принципі колегіальності. Взаємна повага, дружелюбність, готовність бути взаємозамінними, коли цього вимагають інтереси роботи, підвищене почуття відповідальності, спільність та взаємодопомога допомагають медпрацівнику знайти своє місце у колективі, а закладу охорони здоров'я – підвищити якісь надання медичних послуг.

8. Санітарно-гігієнічні умови праці створюють зовнішнє середовище на робочому місці. До них відносять температурний режим, вологість, рух повітря та його тиск, освітлення, загазованість, запиленість, величину шуму, вібрацію. Стадії впливу зазначених факторів поділяються на: незначні, підвищені або знижені, середні, високі, дуже високі. Усі вони кількісно оцінюються за допомогою методів санітарно-гігієнічних досліджень і нормуються шляхом установлення стандартів, санітарних норм і вимог.

9. Завдання керівників медичних установ та відповідальних осіб з питань безпеки - це контроль за впливом виробничих факторів на здоров'я медичних працівників; забезпечення санітарно-побутових умов згідно з діючими нормами; атестація робочих місць відповідно до їх нормативним актам з охорони праці; планування заходів щодо поліпшення санітарно-гігієнічних умов праці; паспортизація санітарно-технічного стану умов праці; організація і проведення санітарно-гігієнічного навчання для підвищення кваліфікації та обізнаності медичного персоналу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асламова М. Аксіологічні аспекти виховання морально-етичних якостей майбутнього лікаря. Витоки педагогічної майстерності. 2017. Випуск 20. С.5-9. URL: <http://elib.umsa.edu.ua/>
2. Біліченко О.В. Основи професійної етики медичних працівників: навчально-методичний посібник. Вінниця: «Твори». 2019. 224с. URL: <http://library.vspu.net/>
3. Бойко О., Чабан О. Вимірювання якості медичних послуг з орієнтацією на пацієнта. 2017. URL: <http://ena.lp.edu.ua:8080/>
4. Галапац Н.Б., Литвинова О.Н. Значення етико-деонтологічних аспектів в управлінні якістю роботи медсестринської служби. *Медсестринство*. 2015. №1. С.44-48.
5. Деонтологія і етика в клінічній практиці. Частина 1: навчальний посібник / Ю.М. Казаков, С.І. Треумова, В.П. Боряк, Н.І. Чекаліна, Т.А. Трибрат, С.В. Шуть. Полтава. 2014. 213с.
6. Драга Т.М., Мялюк О.П. Криницька І.Я. Особливості синдрому емоційного вигорання у медичних працівників. *Медсестринство*. 2017. №3. С.48-51.
7. Думенко Т. Якість медичної допомоги: що змінилося з пандемією COVID-19. URL: <https://life.pravda.com.ua/>
8. Етичний кодекс лікаря України, прийнятий та підписаний Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та Х З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) від 27.09.2009р. № п0001748-09. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
9. Етичний кодекс медичної сестри України URL: <http://uamed.net/dok/codex.html>.
10. Етичний кодекс фармацевтичних працівників України. URL: <http://www.apteka.ua/article/126803>

- 11.Єдиний термінологічний словник (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.07.2011р. № v0427282-11. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
- 12.Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Біоетика та біобезпека: підручник. К.: Здоров'я. 2013. 456с. URL: <https://files.odmu.edu.ua/>
- 13.Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.133с.
- 14.Карамішев Д.В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я. URL: <http://academy.gov.ua/>
- 15.Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. Харків. 2014. 258с. URL: <http://repo.knmu.edu.ua/>
- 16.Конституція України. Відомості Верховної Ради України (ВВР). 1996. №30. ст.141. в редакції від 01.01.2020р. № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
- 17.Коса Т.В. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників. *Медсестринство*. 2019. №3. С.39-41.
- 18.Левенець С.С. Медична етика і деонтологія: реалії і перспективи в роботі лікаря. *Медична освіта*. 2012. №4. С.87-90.
- 19.Лукаш С.М., Маслак Н.Г., Зговник В.Л., Пелипенко О.І. Удосконалення управління кадровою політикою медичного закладу в межах реформування системи охорони здоров'я України. *Публічне управління та адміністрування в Україні*. 2021. Випуск 22. С.12-18. URL: <http://www.pag-journal.iei.od.ua/>
- 20.Мельничук М.І. Сфери і функції професійної діяльності лікарів в Австрії. *Медична освіта*. 2021. №4. С.98-104.URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/>

21. Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий 3-ю Генеральною Асамблеєю ВМА в редакції від 01.10.1983р. №990_002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
22. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (методичні рекомендації). Київ. 2014. URL: <https://www.dec.gov.ua/>
23. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України в редакції від 20.10.2021р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
24. Офіційні дані Управління охорони здоров'я Миколаївської облдержадміністрації. URL: <http://oblzdrav.mk.gov.ua/>
25. Підручник з лікарської етики. Світове лікарське товариство; переклад з 2-го англійського видання 2009 року / за ред. академіка АМН України, Голови Комітету з лікарської етики Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) Любомира Пирога. URL: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Medical_Ethics_Manual_Ukrainian.pdf
26. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід 2020. 72с. URL: <https://decentralization.gov.ua/>
27. Про затвердження Змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України. Наказ МОЗ України від 31.08.2021р. № 1854. URL: <https://moz.gov.ua/>
28. Про Клятву лікаря. Указ Президента України від 15.06.1992р. № 349/92. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
29. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 11.09.2013р. № з1669-13. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
30. Про настанову ВООЗ та МФФ «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг». Наказ МОЗ України від 30.05.2013р. № 455. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
31. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування. Наказ МОЗ України від 05.02.2016р. № з0285-16. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>

32. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012р. № з1996-12. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/>
33. Рогач І.М., Качала Л.О., Погоріляк Р.Ю. Морально-етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики: навчально-методичний посібник. Ужгород. 2010. URL: <https://www.uzhnu.edu.ua/>
34. Рогачевський О.П. Теоретичні аспекти стратегічного управління якістю медичних послуг. *Український журнал прикладної економіки*. 2020. Том 5. №4. С.282-291. URL: <http://ujae.org.ua/>
35. Слабкий Г.О., Погоріляк Р.Ю. Посадові інструкції в системі охорони здоров'я. 2019. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/>
36. Сміянов В.А., Степаненко А.В., Петренко В.Ю., Тарасенко С.В. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2013. №3(57). С.11-18.
37. Троценко О.В. Медична субкультура: навчально-методичний посібник для вітчизняних студентів зі спеціальності «Медицина». Харків: ХНМУ. 2020. 40с.
38. Убогов С.Г., Гусева Г.В. Законодавчі аспекти забезпечення дотримання етичних норм у сфері охорони здоров'я. *Інтегративна Антропологія*. 2016. №1(27). С.17-21.
39. Устінов О.В. Медична освіта, медична наука та кадрова політика в охороні здоров'я: стан справ та шляхи виходу із кризи. *Укр. мед. часопис*. 2018. 13 липня. URL: <https://www.umj.com.ua/>
40. Чабан О., Бойко О. Формулювання засад для розроблення методики оцінювання якості медичних послуг. 2017. URL: <http://science.lpnu.ua/>