

Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту



Пояснювальна записка

до дипломної роботи

магістра

на тему: Розвиток системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в
Україні

Виконав: студент 6 курсу, групи 6435мз
спеціальність 073 «Менеджмент»

Левченко Л. В.

(прізвище та ініціали)

Керівник Сергійчук С. І.

(прізвище та ініціали)

Рецензент _____

(прізвище та ініціали)

Миколаїв – 2020 року

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту

Освітньо-кваліфікаційний рівень – *магістр*

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Спеціалізація «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри менеджменту

д.е.н., проф. Іртищева І.О.

«___» _____ 20__ року

ЗАВДАННЯ

Левченко Людмила Василівна

(прізвище, ім'я по батькові)

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доц. Сергійчука Сергія Ілліча

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я по батькові)

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

Розвиток системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні

затверджену наказом ректора НУК від «___» «___» 20__ року № _____.

2. Термін подачі роботи на попередній захист _____

3. Вихідні дані: спеціальні літературні джерела, методичні вказівки з питань управління закладами охорони здоров'я, нормативно-законодавчі документи, а також статистичні дані Головного управління статистики України

4. Перелік питань, які підлягають вивченню: розглянути теоретичні основи управління якістю в галузі охорони здоров'я; провести дослідження системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні; розробити шляхи удосконалення системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні

5. Перелік графічного матеріалу: функцій підприємництва у галузі охорони здоров'я; загальні витрати на охорону здоров'я; динаміка кількості лікарняних ліжок; класифікація переваг від формування сучасної системи управління якістю в закладах охорони здоров'я України; схема системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

6. Консультанти спеціальних розділів:

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

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК виконання кваліфікаційної роботи

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

Науковий керівник _____ / _____ /

Магістрант _____ / _____ /

АНОТАЦІЯ

Левченко Л. В. "Розвиток системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні"

Дипломна робота на здобуття кваліфікації магістра з менеджменту. Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2020.

Магістерська робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів вдосконалення системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні. У роботі проведено аналіз показників здоров'я та якості системи охорони здоров'я України та досліджено процес оцінки якості медичної допомоги в Україні. Запропоновано науково-методичний підхід щодо класифікація переваг від формування сучасної системи управління якістю в закладах охорони здоров'я України, яка дозволить вирішити внутрішні проблеми, поліпшити якість послуг, що надаються, та передбачити очікування пацієнтів, зменшить витрати медичних закладів, в основному за рахунок упорядкування діяльності та усунення зайвих або неефективних процесів, зовнішніх і внутрішніх втрат, викликаних дефектами та невідповідностями. Розроблено модель системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, що дозволить поліпшити документування, контроль, критично аналізувати та періодично переглядати ключові виробничі та управлінські процеси, які забезпечують прозорість, кращу керованість та безперервне вдосконалення діяльності клініки.

Ключові слова: якості медичної допомоги, якість системи охорони здоров'я, системи управління якістю, показники здоров'я, заклади охорони здоров'я, медична реформа, охорона здоров'я, управління якістю медичних послуг.

АННОТАЦИЯ

Левченко Л. В. "Развитие системы управления качеством в области здравоохранения в Украине"

Дипломная работа на получение квалификации магистра по менеджменту. Национальный университет кораблестроения имени адмирала Макарова, Николаев, 2020.

Магистерская работа посвящена актуальным проблемам теоретических, методических и практических аспектов совершенствования системы управления качеством в области здравоохранения в Украине. В работе проведен анализ показателей здоровья и качество системы здравоохранения Украины и исследован процесс оценки качества медицинской помощи в Украине. Предложено научно-методический подход к классификация преимуществ от формирования современной системы управления качеством в учреждениях здравоохранения Украины, которая позволит решить внутренние проблемы, улучшить качество предоставляемых услуг и предвосхитить ожидания пациентов, уменьшит расходы медицинских учреждений, в основном за счет упорядочения деятельности и устранения излишних или неэффективных процессов, внешних и внутренних потерь, вызванных дефектами и несоответствиями. Разработана модель системы контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, что позволит улучшить документирования, контроль, критически анализировать и периодически пересматривать ключевые производственные и управленческие процессы, которые обеспечивают прозрачность, лучшую управляемость и непрерывное совершенствование деятельности клиники.

Для управления качеством в медицинских стандартах и клинических протоколах нужно заложить соответствующие инструменты – критерии и индикаторы качества на доказательных принципах и осуществлять их мониторинг с последующей оценкой и осуществлением мер по улучшению.

Корректно построена система управления качеством является действенным инструментом совершенствования деятельности медицинской организации и источником экономической выгоды. За счет улучшения документирования, контроля, анализа и периодического пересмотра ключевых производственных и управленческих процессов обеспечивается прозрачность, лучшая управляемость и непрерывное совершенствование деятельности клиники.

Ключевые слова: качества медицинской помощи, качество системы здравоохранения, системы управления качеством, показатели здоровья, учреждения здравоохранения, медицинская реформа, здравоохранение, управление качеством медицинских услуг.

ANNOTATION

Levchenko L.V. "Development of quality management system in the field of health care in Ukraine"

Master's work in master's degree in management. Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Nikolaev, 2020.

The master's thesis is devoted to topical issues of theoretical, methodological and practical aspects of improving the quality management system in the field of health care in Ukraine. The paper analyzes the health indicators and the quality of the health care system of Ukraine and examines the process of assessing the quality of medical care in Ukraine. A scientific and methodological approach to the classification of benefits from the formation of a modern quality management system in health care facilities of Ukraine, which will solve internal problems, improve the quality of services provided and anticipate patient expectations, reduce costs of medical institutions, mainly by streamlining activities and elimination of unnecessary or inefficient processes, external and internal losses caused by defects and inconsistencies. A model of the health care quality control system in health care facilities has been developed, which will improve documentation, control, critically analyze and periodically review key production and management processes that ensure transparency, better manageability and continuous improvement of the clinic.

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

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	12
1.1. Сутність і зміст управління якістю в галузі охорони здоров'я	12
1.2. Методологія управління якістю медичної допомоги.....	19
1.3. Контроль якості медичної допомоги в Україні	22
Висновок до першого розділу	31
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	32
2.1. Аналіз показників здоров'я та якості системи охорони здоров'я України.....	32
2.2. Оцінка якості медичної допомоги в Україні.....	40
Висновки до другого розділу.....	45
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	47
3.1. Формування сучасної системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні.....	47
3.2. Шляхи організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я України	53
Висновок до третього розділу	58
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	59
4.1. Аналіз небезпечних і шкідливих факторів при роботі на ЕОМ в медичному приміщенні	59
4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в медичному приміщенні ..	65
4.3. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму	68
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74

ВСТУП

Актуальність теми. Як зазначено в Конституції України, життя та здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, і кожен громадянин України має право на охорону здоров'я та медичну допомогу. Поліпшення якості медичної допомоги в Україні було і залишається однією з найактуальніших проблем. Якість охорони здоров'я є одночасно і метою, і критерієм роботи системи охорони здоров'я від найнижчого рівня закладу охорони здоров'я до вищого рівня Міністерства охорони здоров'я.

Проблемам розвитку системи управління якістю в галузі охорони здоров'я присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців: Білінська М. М., Гафуров Б. С., Гук А. В., Дуб Л. Р., Заков О. Л., Зіменковський А. Б., Іртищева І.О., Лехан В. М., Нагорна А. М., Надюк З. О., Наконечна Л. Д., Полубенцева Е. И., Пономаренко В.М., Рябець Д.М., Сергійчук С.І., Степаненко А., Сударев И. В., Уваренко А.Р., Хаїт Л. Б., Donabedian A., Sackett D.L., Haunes R.B., Guyatt G.H. та ін. Разом з тим, незважаючи на досить ґрунтовне дослідження цієї проблеми, питання управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні залишаються актуальними. До сьогодні не проводилося комплексної оцінки можливості створення ефективної системи якості надання медичної допомоги в Україні з урахуванням нових підходів.

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

Мета і задачі дослідження. Актуальність теми дозволила визначити мету дослідження: формування науково обґрунтованих рекомендацій та пропозицій щодо вдосконалення системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні.

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

- досліджено сутність і зміст управління якістю в галузі охорони здоров'я;
- представлена методологія управління якістю медичної допомоги;
- розглянуто контроль якості медичної допомоги в Україні;
- проведено аналіз показників здоров'я та якості системи охорони здоров'я України;
- проведено оцінку якості медичної допомоги;
- розроблено рекомендації щодо формування сучасної системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні;
- запропоновано Шляхи організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я України.

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

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

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

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

системи охорони здоров'я України; метод факторного аналізу – під час дослідження оцінки якості медичної допомоги.

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

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

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

удосконалено:

– науково-методичний підхід щодо класифікація переваг від формування сучасної системи управління якістю в закладах охорони здоров'я України, яка дозволить вирішити внутрішні проблеми, поліпшити якість послуг, що надаються, та передбачити очікування пацієнтів, зменшить витрати медичних закладів, в основному за рахунок упорядкування діяльності та усунення зайвих або неефективних процесів, зовнішніх і внутрішніх втрат, викликаних дефектами та невідповідностями;

набули подальшого розвитку:

– модель системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, що дозволить поліпшити документування, контроль, критично аналізувати та періодично переглядати ключові виробничі та управлінські процеси, які забезпечують прозорість, кращу керованість та безперервне вдосконалення діяльності клініки.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при удосконаленні

організаційного та методичного забезпечення системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні. Найбільшу практичну цінність мають методика класифікації переваг від формування сучасної системи управління якістю в закладах охорони здоров'я України, схема системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

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

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 78 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (42 найменування), 2 таблиць, 12 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність і зміст управління якістю в галузі охорони здоров'я

Якість – суб'єктивна ціннісна категорія, і дві людини можуть розуміти її по-різному. Розглядаючи різноманітні варіанти визначення якості медичної допомоги, необхідно враховувати її визначення у словнику, згідно з яким, під названим терміном слід розуміти наявність суттєвих ознак, властивостей, особливостей, що відрізняють один предмет або явище від інших [1]. Прибічники теорії якості в широкому сенсі часто наводять принцип: робити правильним шляхом те, що правильно. Якість медичної допомоги може бути визначена як виконання професійних медичних стандартів і відповідність наданої медичної допомоги інтересам та очікуванням пацієнта. Існує ще декілька визначень якості медичної допомоги [17; 22; 39]:

- використання медичної науки і технології з найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризику; рівень якості, таким чином, – це рівень балансу вигоди і ризику для здоров'я;
- належне проведення (згідно зі стандартами) всіх заходів, що є безпечними і прийнятними, використовуються в даному суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність;
- сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології.

Під якістю медичної допомоги також розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання у пацієнта та попереджувати виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою [17; 22; 41]. Згідно з недавнім наказом МОЗ, якість медичної допомоги – це належне (відповідно до стандартів, клінічних

протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [25].

А. Донабедян пропонує розглядати якість медичної допомоги з позицій «структури, процесу та результату» [38]. Структура охоплює характеристики наявних ресурсів для надання допомоги, зокрема, матеріальних ресурсів, кваліфікованих медичних і управлінських кадрів, а також організаційні аспекти (методи компенсації розходів, управління якістю медичної допомоги). Структура має бути цікавою для організацій, що опікуються акредитацією, але відомо, що існує досить слабкий зв'язок між структурою та результатами [15].

Під процесом розуміють характеристики медичної допомоги, що надається, тобто її обґрунтованість, адекватність за обсягом, компетентність персоналу в обранні методів, узгодженість дій та послідовність. Обмеження оцінки процесу пов'язані з тим, що ми дуже мало знаємо про оптимальний процес надання медичної допомоги і вплив відхилень від стандартів на результати лікування.

Якість лікування оцінюється за його результатами (виживання, функціональний стан, обмеження життєдіяльності) у пацієнтів з певними вихідними захворюваннями чи станами (наприклад, рак молочної залози або інсульт), а також мірою задоволеності пацієнтів отриманою допомогою. Саме результати лікування є принциповою мірою якості медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників.

Об'єктивна оцінка результатів лікування і порівняння діяльності ЗОЗ передбачає використання статистичних методів, які дають змогу врахувати відмінності у вихідних клініко-демографічних показниках хворих. Тобто результати лікування кожного ЗОЗ можуть бути охарактеризовані як «гірші за прогнозовані», «такі, що відповідають прогнозованим» та «кращі за прогнозовані» [40].

Складнощі оцінки якості за результатами полягають у важкості визначення тих результатів, які безпосередньо залежать від медичної допомоги, та недостатній інформації щодо можливостей поліпшення результатів за умов відповідності стандартам структури й процесу в СОЗ [41].

Теорія управління якістю пропонує вивчати якість у системі медичної допомоги за 8 характеристиками: професійна компетентність, доступність, економічна ефективність, особисті взаємини, результативність, безперервність і послідовність, безпечність, зручність (рис. 1.1).

Діяльність із забезпечення якості медичної допомоги може спрямовуватися на одну або декілька характеристик з цього переліку, котрі допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів при аналізі проблем якості та оцінці ступеня дотримання стандартів. Вісім характеристик, наведених вище, обрані на основі аналізу літератури й синтезу ідей експертів із забезпечення якості. Кожну з цих характеристик слід розглядати у світлі специфічної програми і в місцевому контексті. Всі вони стосуються як клінічного й організаційного аспектів надання медичної допомоги, так і роботи допоміжних служб [10].

Професійна компетентність передбачає відповідні навички і знання та безпосередньо повсякденну роботу медичних працівників і допоміжного персоналу. Тобто для забезпечення якості професійної медичної допомоги працівники СОЗ повинні передусім мати якісну й сучасну освіту і відповідний рівень практичного досвіду, які їм дають змогу послідовно й точно виконувати певні завдання. Професійна компетенція віддзеркалює те, наскільки добре медичний працівник дотримується клінічних протоколів і стандартів у плані надійності, охайності, послідовності. Це включає клінічні навички діагностики, лікування і профілактики захворювань, а також лікарські знання, мистецтво встановити вірний діагноз, вилікувати хворого.

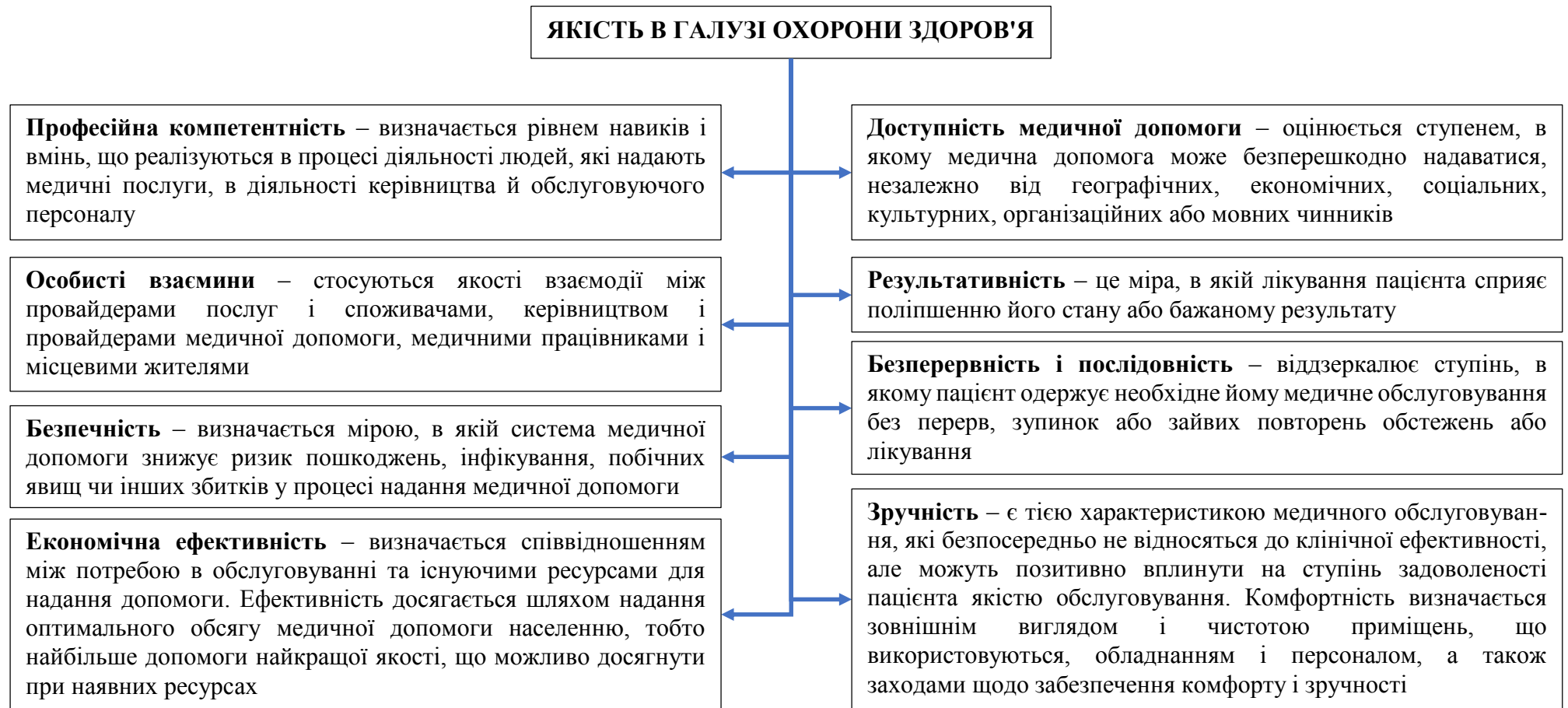


Рис. 1.1. Характеристики якості в галузі охорони здоров'я

Наприклад, професійні навички лікаря-спеціаліста охоплюють такі вміння: одразу помічати ознаки й порушення, що заслуговують на подальшу увагу; збирати сфокусований анамнез, детально обговорюючи ситуації та епізоди, які безпосередньо стосуються робочого та диференціальних діагнозів; ефективно використовувати час для інтерв'ю; під час опитування по системах зосереджувати увагу на тих симптомах, які можуть надати відомості про фактори ризику та спрямувати діагностичний пошук; пристосовувати методику огляду до обставин, стану пацієнта та наявного часу, приділяючи першочергову увагу тим відхиленням, про які свідчить анамнез захворювання; під час огляду діяти методично вірно та ефективно, вміти розслабити пацієнта та встановити з ним інформаційний контакт, демонструючи увагу до людської гідності, віку, фізичного та психоемоційного стану, культурних та релігійних особливостей пацієнтів, уникаючи болю чи інших неприємних відчуттів під час маніпуляцій; а також мити руки перед та після огляду.

Особливу увагу потрібно приділяти правильній інтерпретації даних анамнезу та фізичного огляду, врахуванню клінічних особливостей пацієнта під час складання списку його проблем, пов'язаних зі здоров'ям, формулювання найбільш імовірного та диференціальних діагнозів. Щодо компетенції керівного робітника йдеться передусім про вміння приймати оптимальні рішення з приводу нагальних проблем і здійснювати ефективне управління. Брак компетентності може призвести до різних наслідків: від незначних відхилень від стандарту до важких помилок, які знижують ефективність лікування або навіть ставлять під загрозу здоров'я та життя пацієнта.

Доступність медичної допомоги. Доступ до служб СОЗ не може обмежуватися через географічні, економічні, соціальні, культурні, організаційні або мовні бар'єри.

Географічна доступність вимірюється наявністю транспорту, відстанню, тривалістю доставки й іншими труднощами, що можуть перешкоджати

отриманню пацієнтом необхідної допомоги. Економічна доступність визначається можливістю оплатити необхідну допомогу.

Соціальна або культурна доступність відноситься до сприйняття медичної допомоги в світлі культурних цінностей пацієнта, його віри тощо. Наприклад, служба планування родини може бути неприйнятною для деяких пацієнтів з огляду на їхню культуру чи релігію.

Організаційна доступність оцінюється за зручністю організації роботи медичних служб (години роботи поліклініки, тривалість очікування в черзі тощо). Наприклад, недостатня кількість вечірніх прийомів у поліклініці знижує доступність для тих людей, які працюють вдень.

Мовна доступність передбачає використання в роботі медичних служб мови пацієнтів, які звертаються по медичну допомогу.

Результативність. Якість роботи служб охорони здоров'я залежить від результативності існуючих правил, чинних норм і клінічних протоколів. При оцінці результативності треба відповісти на два запитання:

1. Чи сприятиме призначене лікування бажаним результатам?
2. Чи є призначене лікування найкращим за даних умов?

Результативність є дуже важливою характеристикою якості на центральному рівні, де встановлюються норми. Питання результативності необхідно враховувати на локальному рівні, де місцеві керівники СОЗ вирішують, як саме слідувати цим нормам і адаптувати їх до місцевих умов. При встановленні стандартів потрібно враховувати чинник відносного ризику. Наприклад, необхідно підходити з обережністю до частого застосування кесарева розтину серед населення з більшою кількістю вагітностей підвищеного ризику, незважаючи на можливий несприятливий наслідок. Для визначення результативності цієї стратегії треба порівняти можливий ризик операції з потенційними перевагами в цілому.

Особисті взаємини – ця характеристика стосується взаємин між медперсоналом і пацієнтами, працівниками та їхнім керівництвом, СОЗ і населенням у цілому. Гарні відносини створюють атмосферу довіри та

взаємної поваги, конфіденційності, чемності, чуйності та симпатії. Вміння слухати та розуміти пацієнтів і колег (вербальні та невербальні сигнали), робота в команді, ефективна комунікація, підтримка терапевтичного альянсу з пацієнтами, відверте обговорення плану обстеження, переваг і недоліків лікування, підвищення обізнаності пацієнтів з медичних, психологічних, соціальних питань також дуже важливі. Передусім це сприяє позитивному настрою пацієнтів щодо СОЗ у цілому та окремого закладу чи виду лікування зокрема.

Ефективність – це співвідношення отриманих результатів і витрачених ресурсів. Вона завжди відносна, її аналізують для порівняння альтернативних рішень. Важливість цієї характеристики визначається тим, що ресурси СОЗ зазвичай обмежені. При цьому ефективна СОЗ забезпечує оптимальну (за наявних ресурсів), а не максимально можливу медичну допомогу. Ефективність потребує надання всього комплексу необхідної медичної допомоги. Все, що через неефективні норми або погану організацію забирає надто багато часу і коштів, слід звести до мінімуму. Таким чином, якість можна поліпшити при одночасному зниженні витрат [14]. Не можна, однак, думати, що підвищення якості ніколи не вимагає додаткових асигнувань. Шляхом аналізу ефективності можна вибрати найбільш економічно доцільний засіб.

Безперервність та послідовність – цей термін означає, що пацієнт отримує всю необхідну медичну допомогу без необґрунтованих затримок, перерв чи непотрібних повторень у процесі діагностики й лікування. Допомога має бути доступною в будь-який час і на безперервній основі. Пацієнта повинен мати змогу проконсультуватися з вузькими спеціалістами або ж бути повторно оглянутим лікуючим лікарем, коли це необхідно. На загал дотримання цього принципу забезпечується тим, що пацієнта веде один і той же лікар, акуратно роблячи записи в медичних документах, чітко організовуючи взаємодію між рівнями і службами. Порушення цього

принципу впливає на результативність, знижує ефективність і погіршує особисті взаємини.

Безпечність – як одна з характеристик якості безпечність передбачає зведення до мінімуму ризику травм, інфекцій, побічних ефектів лікування та інших небажаних явищ у процесі надання медичної допомоги. Це стосується як медичного працівника, так і пацієнта. Наприклад, переливання крові потребує великої обережності, особливо у зв'язку з появою загрози ВІЛ-інфекції. І пацієнти, і медики повинні бути захищеними від ризику інфікування через кров та інструменти. Додаткові заходи безпеки мають забезпечити асептику і правильну техніку переливання. Дотримуватися безпеки дуже важливо при наданні не тільки спеціалізованої, але й первинної медичної допомоги. Наприклад, через нерозбірливий рецепт фармацевт чи пацієнт можуть порушити рекомендовані дози ліків.

Зручність – під цією характеристикою мають на увазі зовнішній вигляд ЗОЗ, персоналу і матеріальних об'єктів, а також комфорт, чистоту, конфіденційну обстановку. Певне значення мають такі речі, як гарне оздоблення приміщень, приємна музика, телебачення, періодика.

1.2. Методологія управління якістю медичної допомоги

Управління якістю медичної допомоги складається з трьох основних видів діяльності: створення якості, поліпшення якості та контроль рівня якості. Сюди входять усі види діяльності, спрямовані на створення системи забезпечення якості, підвищення якості існуючої СОЗ, нагляд за якістю (розробка стандартів, аудит, система моніторингу, самооцінка, зворотний зв'язок, дії менеджменту, оцінювання якості, процес змін) [10]. В основі методології управління якістю медичної допомоги лежать такі чотири принципи.

1. Задоволення потреб і очікувань зовнішнього споживача (пацієнта) і внутрішнього споживача (медичного працівника). Необхідно з'ясувати, що потрібно споживачу, чого він очікує від медичної допомоги. Зосередитися на потребах споживача означає постійно бути поінформованим, хто ваш

споживач, які його потреби, бажання і очікування. Ми переконані, що якість визначається ступенем задоволення споживача. Це означає, що ЗОЗ повинен знати, хто є його споживачем, і використовувати різноманітні засоби з метою встановлення його потреб. Пильна увага до потреб споживача не обмежується послугами, які існують сьогодні, але і дає змогу зрозуміти, які послуги необхідні йому в майбутньому. Саме невдоволення споживача змушує змінити всю систему надання медичної допомоги і побудувати її відповідно до очікувань, що дає змогу правильно оцінити напрями пошуку поліпшення якості медичної допомоги.

2. Системний підхід. Роботу СОЗ можна уявити як сукупність підсистем і процесів, що в них відбуваються. Тому для отримання кращих результатів медичної допомоги необхідно проаналізувати систему, визначити пріоритетні проблеми і прийняти можливі рішення щодо її зміни. Результати діяльності будь-якої системи визначаються її побудовою і функціонуванням. Згідно з цим положенням, якщо ми продовжуємо працювати так, як працюємо, то можемо розраховувати лише на ті результати, що зараз маємо. Для досягнення кращих результатів слід змінити систему [8]. Виходячи з цього, можна зробити три висновки:

- Поліпшення якості може потребувати зміни побудови та / або функціонування системи. Але не всі зміни пов'язані з поліпшенням, і не всі поліпшення обумовлені змінами.

- Поліпшення якості потребує зміни не тільки частин і елементів системи, але й їхньої взаємодії. Удосконалення тільки частини системи є недостатнім.

- Проста вказівка на необхідність поліпшення якості зазвичай є недостатньою. Слід розуміти, що необхідно змінити систему, а не діяти засобами винагороди, покарання, інспектування тощо, які не можуть якісно змінити ситуацію.

3. Командна робота. Командна робота дає змогу об'єднати зусилля представників різних сторін при наданні медичної допомоги: медичних

працівників, пацієнтів, фармацевтичних фірм і менеджерів СОЗ. Включення їх у команду дає змогу використати детальні знання кожного про відповідний елемент системи, що є принципово важливим для знаходження оптимального рішення зміни системи в цілому і її процесів. Команда – це колектив, який працює над досягненням спільної мети. Головна відмінність команди від групи полягає в тому, що в команді кожен виконує власне завдання для досягнення однієї мети, у процесі роботи тісно співпрацює з іншими її членами. Одним із засобів, за допомогою яких команда навчається працювати, це аналіз власного досвіду. Якщо не аналізувати власний досвід, не буде жодних заходів щодо поліпшення роботи.

4. Наукові методи. Науковий підхід дає змогу на основі достовірних даних обрати нагальну проблему, оцінити її розміри і значущість, розробити план дій, що включає зміни процесів і самої системи, поставити експеримент для перевірки правильності намічених змін, оцінити результати експерименту, впровадити в діяльність СОЗ зміни, в результаті яких підвищилася якість. Відповіді на три фундаментальні питання, що стосуються якості, дають змогу встановити основу майбутньої моделі:

- Якого результату ми хочемо досягти?
- На якій підставі ми припускаємо, що зміни сприятимуть поліпшенню?
- Які саме зміни можуть привести до поліпшення?

Відповіді на ці питання дають змогу визначити мету і розробити механізми поліпшення, які піддаються перевірці. Очевидно, що відповіді на ці питання визначаються знаннями, досвідом і творчим підходом до справи учасників процесу.

Високий рівень технологій надання медичної допомоги у світовій практиці, функціонування і розвиток доказової медицини потребують перегляду акцентів у формуванні політики якості в українській охороні здоров'я. Модель СОЗ, що існує сьогодні, потребує не тільки нових концептуальних підходів, але й кардинальних системних перетворень. Якість медичної допомоги визначається передусім організацією СОЗ у цілому і

кожної її ланки зокрема. Результати роботи в провідних медичних закладах у свій час довели дієвість описаної вище методології управління якістю та можливість її поєднання з традиційними шляхами впровадження нових клінічних технологій і принципів доказової медицини в практику. Для проведення перетворень у системі надання медичної допомоги, розробки і впровадження клініко-організаційних рекомендацій (як документів, що закріпили організаційні та клінічні зміни в медичній допомозі) необхідно провести такі кроки:

1. Оцінити діючу систему надання медичної допомоги.
2. На кожному етапі надання медичної допомоги чітко визначити клінічний та організаційний зміст проблем.
3. Зібрати і узагальнити літературні дані доказової медицини з клінічної проблеми.
4. Оновити текст рекомендацій відповідно до нових знань з доказової медицини.
5. Внести зміни у процеси та систему надання медичної допомоги для забезпечення можливості застосування нових клінічних технологій.
6. Розробити індикатори для перевірки змін у клінічній практиці й системі надання медичної допомоги.
7. Повернутися до кроку 1.

У подальших дослідженнях слід вивчити можливість запровадження описаної методології управління якістю медичної допомоги як у підготовку менеджерів СОЗ, так і у клінічну практику, а також оцінити вплив цієї методології на стан здоров'я населення України.

1.3. Контроль якості медичної допомоги в Україні

В усьому світі дбають про те, аби постійно тримати «високу планку» медицини і невпинно її підвищувати. Тому контроль якості поступово трансформувався в управління нею та систему безперервного її підвищення за допомогою дієвих важелів.

Незважаючи на відмінність організації моделей охорони здоров'я у світі, їх об'єднує єдина мета – спроможність надавати ефективну і якісну медичну допомогу. Досягнення цієї мети залежить від багатьох чинників, основним з яких є ефективність організаційного устрою системи охорони здоров'я, її фінансування (за визначенням ВООЗ мінімально прийнятний рівень – 6,4% від ВВП, для порівняння в Україні – 2,6% у 2017 році), наявність кваліфікованих кадрів, сучасних медичних технологій і обладнання, дієвої системи забезпечення якості медичної допомоги тощо.

Для усіх сучасних моделей охорони здоров'я світу притаманна наявність п'яти механізмів, що забезпечують якість надання медичної допомоги:

- обов'язкове ліцензування медичних закладів;
- акредитація та сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними);
- стандартизація (зазвичай у національних стандартах і клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв – обов'язкові й бажані);
- безпосередньо контроль якості, який передбачає внутрішній та зовнішній аудит.

Практично всі ці механізми є в кожній державі, але з варіаціями мінімальних вимог та процедури проведення. *Ліцензування* – процес, яким уряд надає дозвіл на здійснення професійної діяльності практикуючому лікарю або медичній організації (зазвичай після перевірки дотримання мінімальних обов'язкових стандартів). В Україні ліцензування поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики.

Якщо ліцензування гарантує мінімальні стандарти для безпеки пацієнта та мінімізує ризики для здоров'я, то *акредитація медичних закладів* покликана забезпечити безперервне підвищення якості й націлена на досягнення оптимальних стандартів. Національний орган з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджує досягнення

акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом. У Великій Британії цим займається United Kingdom Accreditation Forum (UKAF) – волонтерська мережа організацій NHS, підзвітна уряду; у Франції – HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна публічна наукова організація); у США – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (ЖКАНО; національна некомерційна організація).

Оскільки в Україні акредитація здійснюється не незалежною структурою, як це відбувається в більшості країн ЄС, а МОЗ України, котре перевіряє підпорядковані йому ж заклади, це створює об'єктивні перешкоди для забезпечення належної якості медичної допомоги в охороні здоров'я.

У 2009 році Проектом ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» було задокументовано вичерпні рекомендації щодо удосконалення процесу акредитації в Україні через створення незалежного Агентства з якості та акредитації медичних закладів. Експерти вказали МОЗ на те, що на сьогодні акредитація в Україні виконує роль «контрольної перевірки» закладів охорони здоров'я на предмет їх відповідності нормативно-правовим вимогам, при цьому відсутні ефективні критерії якості й механізми мотивації медичного персоналу, котрі спонукали б його до досягнення вищої планки в цьому напрямку. Також експерти підсумували, що наявна в Україні система акредитації не приділяє уваги критеріям задоволеності пацієнтів отриманою допомогою та безпекою, клінічному управлінню, вимірюванню й оцінці індикаторів якості, які відображали б відповідність медичним стандартам, клінічним протоколам на основі доказової медицини. Тож у цілому згаданий проект поставив під сумнів відповідність системи акредитації в Україні сучасним цілям в охороні здоров'я.

Наступний механізм, що забезпечує якість надання медичної допомоги, – *сертифікація*, яка підтверджує відповідність закладів охорони здоров'я міжнародним стандартам ISO 9000. Наявність такої системи в галузі охорони здоров'я сприяє забезпеченню чіткості та прозорості її діяльності, істотному підвищенню ефективності лікування хворих, зниженню його вартості і

підвищенню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням. Наказом МОЗ України від 20.12.2013 р. №1116, який набув чинності 17 січня 2014 року, внесено зміни до процедури акредитації закладів охорони здоров'я, які зокрема передбачають, що для отримання вищої акредитаційної категорії закладом вторинного рівня необхідно пройти перевірку на відповідність вимогам стандартів ISO й отримати сертифікат відповідності національному стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги».

Щодо запровадження механізму стандартизації слід зазначити: Україна гармонізована зі світовою практикою розробки медико-технологічних документів, яка передбачає наявність клінічних рекомендацій (настанов), медичних стандартів (МС) і протоколів надання медичної допомоги. А, як відомо, за європейською методологією зазначені документи розробляються на засадах доказової медицини, а не за допомогою експертного методу (коли домінує «думка авторитетів»), і за певною клінічною темою (діагноз, синдром), а не за спеціальністю. До того ж над ними працюють мультидисциплінарні робочі групи за участю фахівців усіх суміжних спеціальностей.

Кожна окрема країна, що розробила або адаптувала клінічні настанови (як основу доказової медицини), надалі має можливість здійснити наступний крок, наприклад, розробити клінічні протоколи або (і) медичні стандарти (МС). Останні є передусім інструментом для організаторів охорони здоров'я, МОЗ, Уряду. Їх визначають за тим, що саме може забезпечити національна система охорони здоров'я. Розробку МС ініціюють не лікарі й професійні асоціації, а Уряд, Міністерство, проте в Україні цього не відбувається. До того ж у європейських державах МС не розробляють на кожную нозологію (у цьому немає потреби), а лише на основні хвороби, що посідають перші місця за захворюваністю та смертністю населення.

Рівень медичної допомоги, який може забезпечити держава, в Уніфікованому клінічному протоколі медичної допомоги є «обов'язковим» критерієм (це можливості країни «на сьогодні»), і протокол слугує його

досягненню. Якщо ж ці критерії не збігаються з ідеальним (найкращим) рівнем, зазначеним у клінічних настановах, останні визнаються в уніфікованих протоколах «бажаними», і завдання МОЗ – зробити все, аби якнайшвидше їх досягнути. Тобто уніфіковані клінічні протоколи аж ніяк не позбавляють українських лікарів можливості найкращої практики. «Бажані» критерії вимагають від МОЗ та Уряду забезпечити галузь сучасними методами лікування. Локальні протоколи, які розробляють самі заклади (із часовою шкалою й переліком медичних втручань, визначенням виконавців), включають й індикатори якості.

Ще один дієвий механізм контролю якості – *клінічний аудит (внутрішній і зовнішній)*. Уперше його запровадили у Великій Британії, а за останні 30 років він запрацював і в більшості країн світу. Зовнішній аудит здійснюють відповідні національні організації, внутрішній – безпосередньо команда лікарів медичного закладу (самоконтроль), оскільки вони зацікавлені в належній якості медичної допомоги (у тому числі фінансово). Наприклад, у Великій Британії участь всіх практикуючих лікарів у клінічному аудиті є обов’язковою.

Завдання клінічного аудиту – порівняти наявну клінічну практику з передовою заради вдосконалення медичних послуг. Аудит може включати оцінку процесу надання медичної допомоги та/або її результату (відповідно до теми й завдань). Таку оцінку здійснюють за відповідними критеріями, які вказують, чого потрібно досягти, аби відповідати найкращій практиці.

Наприклад, класичний критерій якості лікування артеріальної гіпертензії – досягнення цільового рівня артеріального тиску. Йому відповідає індикатор якості – «відсоток пацієнтів, які мають цільовий рівень артеріального тиску». Результати клінічного аудиту завжди корелюють з певними умовами медичної практики (і не можуть бути використані в інших умовах), медичним закладом, певною групою пацієнтів. Моніторинг може бути періодичним або безперервним. Він також може бути застосований

відносно конкретних проблемних питань або для перевірки ключових напрямків роботи.

Наказом МОЗ від 01.08.2011 р. №454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» у державі проголошено принцип безперервного підвищення якості, невід'ємною складовою якого є клінічний аудит.

У Концепції зазначено: нині аналіз результатів роботи закладів охорони здоров'я ґрунтується на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичних даних і річних звітах про діяльність), а також на результатах окремих досліджень, чого недостатньо для оцінки якості медичної допомоги та визначення напрямків її покращання.

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» задекларовано більшість відомих у світі методів такого контролю: зовнішній і внутрішній, самооцінка медичних працівників, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація/сертифікація відповідно до вимог чинного законодавства України та ЄС. Реально ж клінічний аудит проводять тільки в окремих закладах охорони здоров'я України – передусім через незнання механізму його проведення, нерозуміння ролі індикаторів у локальних протоколах (а нещодавно МОЗ їх узагалі скасував), а також через відсутність мотивації колективів медичних закладів. Адже рівень якості, зазначений у критеріях та індикаторах надання медичної допомоги, жодним чином не пов'язаний із зарплатою лікарів та фінансуванням медичного закладу.

Однак ще із радянських часів залишився і широко використовується на практиці експертний метод визначення якості (оцінка результатів; відхилення від стандартів; аналіз окремих випадків надання медичної допомоги), який МОЗ активно впроваджує й донині. Зокрема Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. №69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» «осучаснює» експертну оцінку другої та третьої груп експертизи, яка здійснюється у випадках смерті

пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, котрі супроводжувалися скаргами заявника, тощо.

Таким чином, хоча в нормативних документах МОЗ і зазначені сучасні методи контролю якості – клінічний аудит та моніторинг, на практиці здійснюється експертна оцінка результату й окремих небажаних випадків із вжиттям «організаційних заходів» для покарання винних. Тоді як клінічний аудит у медичному закладі проводиться зазвичай один раз на квартал і має на меті не покарання окремих працівників за те, що не було досягнуто прийнятної якості, а пошук можливостей для її досягнення.

Спробу «прорвати» щільне кільце радянської «експертизи якості» в Україні було здійснено у 2013-2014 роках. Для цього з'явилися й об'єктивні передумови: в Уніфікованих клінічних протоколах уперше почали зазначати критерії й індикатори якості, розроблені на науковій (доказовій) основі, котрі й було введено в ці документи для здійснення моніторингу.

Наказом МОЗ України від 11.09.2013 р. №795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» було визначено Порядок моніторингу, його процедуру та форми подання індикаторів. Інший Наказ МОЗ (від 19.06.2014 р. №414) затверджував відповідний перелік клінічних індикаторів щодо лікування осіб із гіпертонічною хворобою і цукровим діабетом 2-го типу. Однак реально він не запрацював, оскільки на те не було ані політичної волі, ані бажання мати об'єктивну інформацію про рівень досягнення або недосягнення згаданих індикаторів. Без моніторингу цей результат не відомий ні лікарю, що безпосередньо надає допомогу пацієнтам, ні медичному закладу, ні Міністерству.

А після нещодавнього скасування локальних протоколів (де зазначалися індикатори якості з Уніфікованих клінічних протоколів, за якими мав здійснюватись моніторинг у кожному конкретному медичному закладі) узагалі виникли підозри, що нинішня «команда» МОЗ не знає і не розуміє, що

забезпечення якості є запланованим та систематичним процесом, який здійснюється за допомогою моніторингу за наявності його головного інструменту – індикаторів якості. Адже саме на підставі їх досягнення чи недосягнення можна говорити про оплату медичної послуги страховою компанією, лікарняною касою, державним органом тощо.

Тож рекомендуєм лікувати хворих за зарубіжними клінічними настановами з їх адаптацією та урахуванням нинішніх можливостей вітчизняної системи охорони здоров'я, звернутися до п'яти механізмів забезпечення якості медичної допомоги.

Висока якість медичної допомоги має економічну межу. У 70-ті роки минулого століття в США уперше з'явилися публікації із застереженнями щодо негативних наслідків застосування надмірно високих критеріїв якості, унаслідок чого витрати на охорону здоров'я можуть досягнути 50% ВВП. Водночас з'явилася концепція оптимальної якості відомого експерта Хану Вуорі, який досліджував зв'язки факторів, котрі її визначають. Він стверджував, що спочатку підвищення якості обходиться відносно дешево, однак поступово витрати настільки зростають, що подальше нарощування ресурсів може призвести до її зниження. Оптимальна ж якість визначається тим, що користь від послуг перевищує їх вартість і відповідає раціональному використанню ресурсів.

Ще одна концепція – логічної якості – була запозичена з теорії інформації. Її сутність полягає у визначенні релевантності інформації та її використанні. Це стосується випадків, коли найпотрібніша інформація залишається не поміченою, або ж її кількість є надмірною. Наприклад, збільшення частоти діагностичних процедур з 95 до 97% може і не призвести до зміни лікувальної тактики, але спричинить підвищення вартості медичної допомоги. У такому разі ця допомога матиме низьку логічну якість. Подібні ситуації (з надмірною кількістю діагностичних досліджень, які вже не впливають і не змінюють тактики лікування) часто виникають у приватних медичних закладах через зацікавленість в отриманні коштів від пацієнта.

Розвиток концепції оптимальної якості отримав наукове продовження в багатьох економічно розвинених країнах, які здійснюють оцінку медичних технологій (ОМТ), перш ніж певна технологія, метод лікування чи ліки будуть дозволені до використання в національній системі охорони здоров'я.

У процесі такої ОМТ збирають, систематизують, аналізують й інтерпретують результати наукових досліджень. За результатами цієї роботи формуються принципи орієнтованого на пацієнта, безпечного й ефективного надання медичної допомоги, які й сприяють створенню якісної системи охорони здоров'я.

Цими питаннями займається міжнародна мережа агенцій ОМТ (International Network of Agencies for Health Technology Assessment – ІНАНТА), державні органи (АНРQ NIH), незалежні організації (PCORI) тощо. В усьому світі відома організація з розробки клінічних настанов – Національний інститут клінічної досконалості (National Institute for Clinical Excellence (NICE), Велика Британія). Це незалежний експертний орган, котрий фінансується із держбюджету (70 млн фунтів стерлінгів щорічно), у штаті якого – 450 співробітників, а також залучають близько 3000 позаштатних експертів. Замовник робіт – міністерство охорони здоров'я (NHS). Крім клінічних настанов NICE готує експертні висновки з ОМТ, керівництва для організації охорони здоров'я за окремими медичними процедурами і цільовими програмами.

Висновки NICE з ОМТ відповідають на головне політичне питання: яку медичну технологію обрати для лікування певного захворювання. Крім клінічної ефективності оцінюють і витрати. Використовують так званий індикатор користі медичних втручань для здоров'я пацієнтів – показник інкрементальних витрат на один збережений рік якісного життя (QALY). Якщо втручання з пороговим значенням витрат на один QALY обходиться менше ніж у 20 тис. фунтів стерлінгів, воно має високі шанси бути схваленим, впровадженим в охорону здоров'я і профінансованим державою. Якщо ж витрати перевищують 30 тис. фунтів стерлінгів, така імовірність дуже мала.

Це ще раз підтверджує тезу про те, що якість має свою вартість і що вона повинна бути оптимальною й логічною.

Висновок до першого розділу

У поліпшенні якості медичної допомоги зацікавлені всі: населення, уряд, органи місцевого самоврядування, керівники МОЗ, роботодавці та медичні працівники. Ефективність і чіткість функціонування всіх ланок механізму поліпшення якості медичної допомоги можливі тільки при їх взаємодії. Тільки державний і міжгалузевий підхід до формування політики медичної допомоги забезпечить її високу якість. Керівні органи СОЗ, лікарські асоціації, страхові медичні організації, навчальні заклади, що здійснюють переддипломну підготовку медичних кадрів, ЗОЗ, що безпосередньо надають медичну допомогу, повинні керуватися єдиною стратегією поліпшення якості медичної допомоги. Для цього необхідно розробити комплексну програму управління якістю медичної допомоги та забезпечити її виконання з чітким розмежуванням обов'язків і відповідальності.

Такий непростий для України шлях до якісної медицини неможливий без проведення клінічного аудиту у медичних закладах, який допоможе зрозуміти, наскільки реальна практика відрізняється від належної. А для управління якістю у медичних стандартах та клінічних протоколах потрібно закласти відповідні інструменти – критерії та індикатори якості на доказових засадах і здійснювати їх моніторинг з подальшою оцінкою та здійсненням заходів для покращення.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз показників здоров'я та якість системи охорони здоров'я України

У 2018 році тривалість життя при народженні в Україні становила 66,1 року для чоловіків та 76 років для жінок, що є низьким рівнем порівняно із середньоєвропейським (72,5 та 80 відповідно).

У поєднанні з міграцією сучасний стан здоров'я в країні спричинив демографічну кризу, яка за два десятиліття скоротила населення на 10 мільйонів осіб (з 52 до 42,3 млн.).

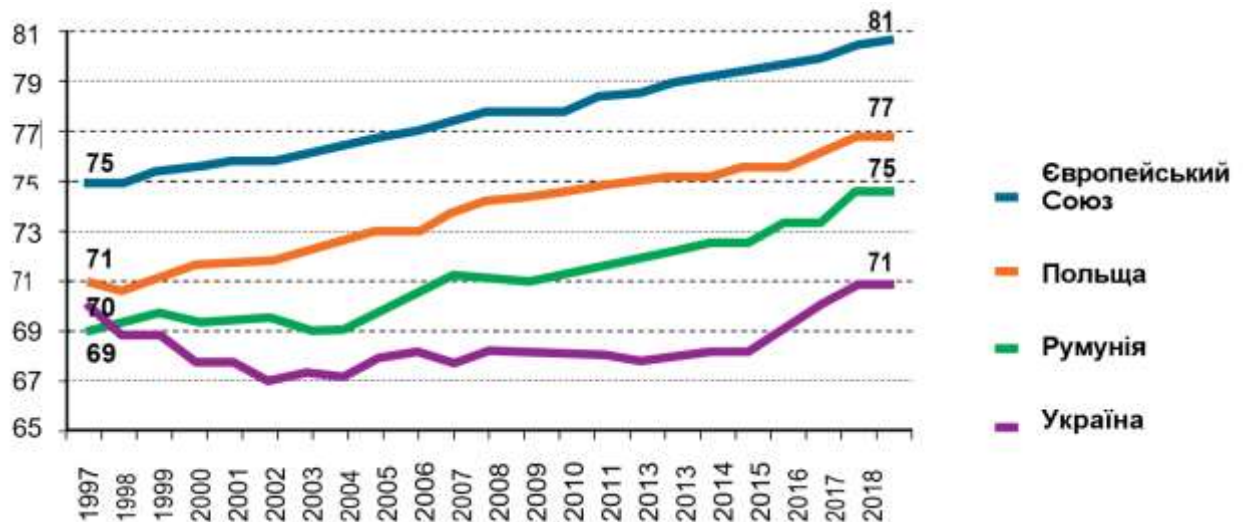


Рис. 2.1. Середня очікувана тривалість життя при народженні, років

Україна має одну з найгірших систем охорони здоров'я в європейському регіоні. Україна має другий за рівнем рівень смертності в європейському регіоні, який збільшився на 12,7 відсотка між 1997 і 2018 роками. В Європейському Союзі цей показник впав на 6,7 відсотка. Крім того, одна чверть загального рівня смертності припадає на населення працездатного віку (а для чоловіків це одна третина всіх смертей, у них втричі-чотири рази більше шансів загинути, ніж у жінок у всіх вікових групах від 16 до 60). Основними причинами смерті є неінфекційні захворювання, такі як серцево-судинні та

цереброваскулярні захворювання, рак та метаболічні захворювання. Ці показники залишаються незмінними протягом останніх років. У 2019 році серцево-судинні захворювання були основною причиною смерті (66,5%), за ними слідували новоутворення (13,9%), а зовнішні причини смерті посідали третє місце (6%) (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Основні причини смертності в Україні, %

Ці тривожні цифри також підтверджують той факт, що переважна більшість українців піддається таким факторам ризику, як куріння, надмірне вживання алкоголю, нездорова дієта, відсутність фізичної активності, забруднення тощо. Наприклад, більше половини дорослих чоловіків в Україні курять регулярно, порівняно з приблизно 25 відсотками в Західній Європі.

Одним із ключових факторів у цій ситуації є низький економічний розвиток країни. ВВП України в 2019 році становив 3974,6 млрд. грн. (141,9 млрд. доларів США), що означає набагато нижчий показник на душу населення, ніж навіть найнижчі значення в Європейському Союзі. Еволюція цього показника за останні роки показана на рис. 2.3. Незважаючи на економічну кризу та військовий конфлікт, ситуація все ще погіршується у 2014-2019 роках

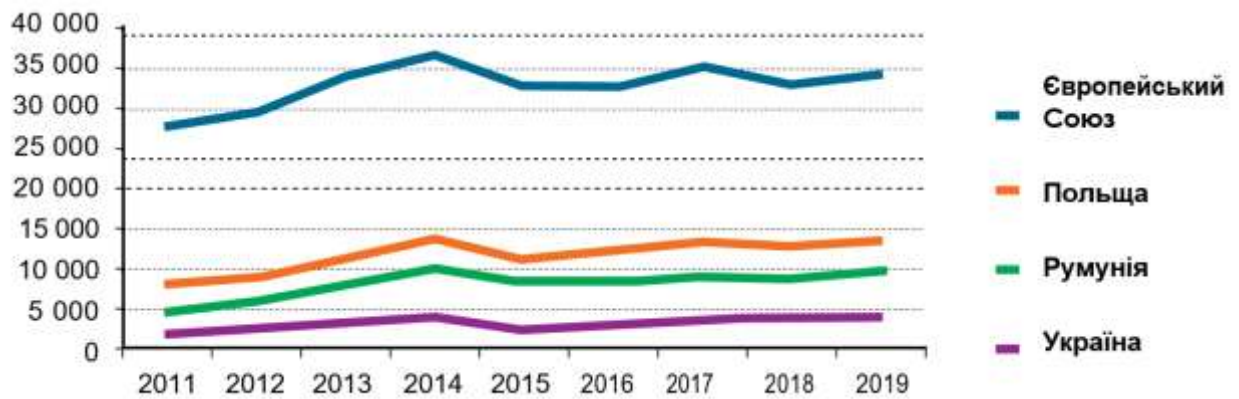


Рис. 2.3. ВВП на душу населення, \$ США

Ще однією важливою причиною незадовільної роботи є основні недоліки, накопичені в системі охорони здоров'я. Перш за все, незважаючи на велику кількість успадкованих та створених закладів охорони здоров'я, Україна не змогла забезпечити ефективні заходи, що впливають на загальні детермінанти здоров'я нації (такі як бідність, житло, зайнятість тощо), необхідні для процвітання України як сучасної держави. Охорона здоров'я в Україні перебуває в початковому хаосі. Навіть у різних юридичних та технічних документах сфера «охорони здоров'я» рідко описується.

Невдача української системи охорони здоров'я пов'язана з архаїчним станом медичних закладів, які насправді не орієнтовані на пацієнтів і можуть надавати ефективні якісні послуги. Організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні та інші фундаментальні помилки заважають Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу, навіть незважаючи на те, що українці витрачають значну частину свого доходу на охорону здоров'я. У 2018 році загальні витрати на охорону здоров'я склали близько 7,6% ВВП, що насправді на стільки ж, або навіть більше, ніж у країнах, які приєдналися до ЄС після 2004 року, і вище, ніж у таких країнах, як Польща, Румунія та Естонія, які забезпечують краще охоплення своїх громадян та досягти кращих результатів для здоров'я. Через низький рівень ВВП цей показник у розрахунку на душу населення становить лише 8 204,7 гривень. (Близько 293 доларів США) у 2018 році, що значно

нижче середнього показника в ЄС (3340), включає також Чехію 1432 долари США, Польщу 854 долари США, Болгарію - 516 доларів США та Румунію - 420 доларів США) (рис. 2.4).

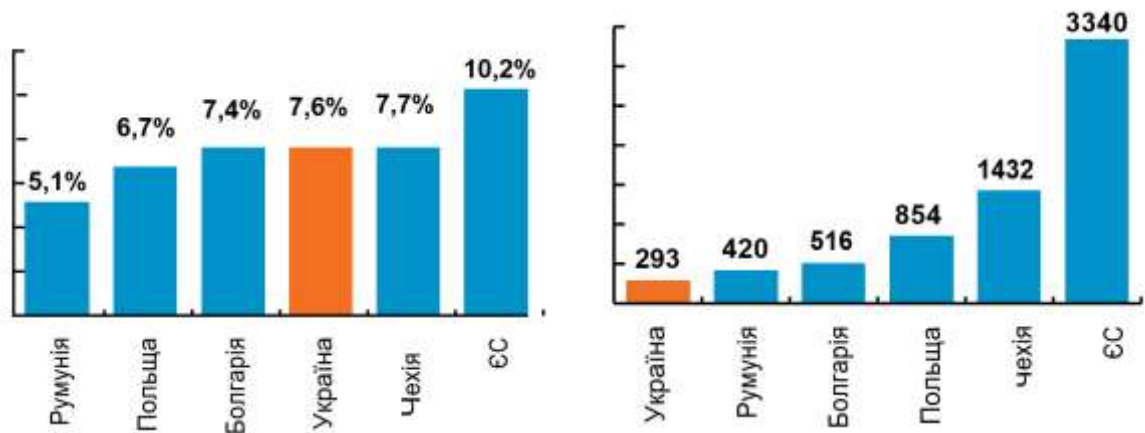


Рис. 2.4. Загальні витрати на охорону здоров'я (% ВВП) та витрати на охорону здоров'я на душу населення (\$ США)

Більше того, існує величезна різниця між тим, що держава обіцяє, і тим, що вона може забезпечити. На папері всі верстви населення отримують необмежену допомогу в системі охорони здоров'я, яка є безкоштовною у державних та комунальних закладах охорони здоров'я. Насправді, громадяни протягом багатьох років були незахищені від катастрофічних наслідків оплати медичних витрат у разі хвороби. Державні витрати (4,4% ВВП) охоплюють лише 57% загальної суми (рис. 2.5).

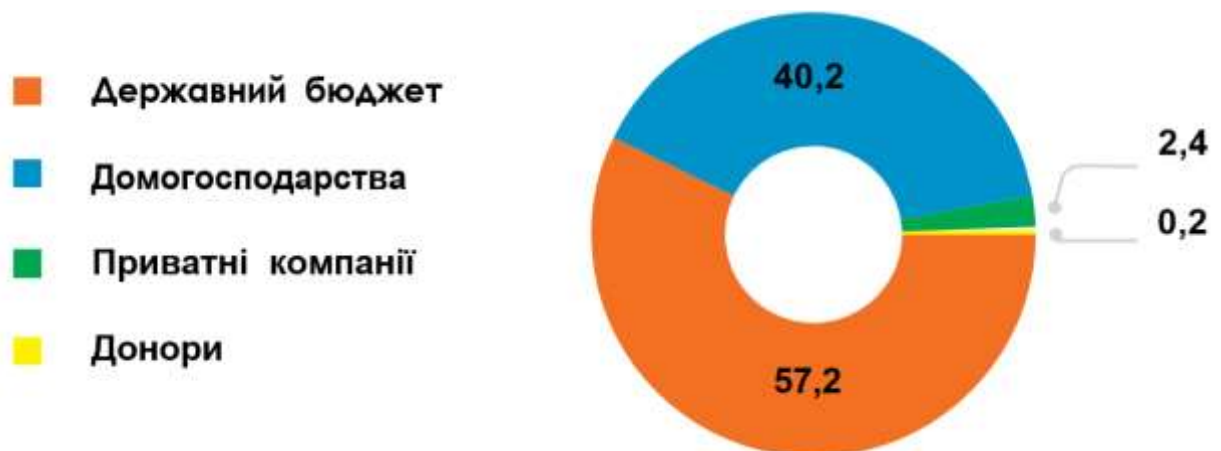


Рис. 2.5. Загальні витрати на охорону здоров'я за джерелами, %

Основою витрат на охорону здоров'я є переважно витрати на заробітну плату (близько 71-74 відсотків від загальної кількості). Таким чином, залишається дуже мало місця для фактичного надання послуг, тобто лікування пацієнтів, придбання ліків та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо. Це означає, що послуги або взагалі не надаються, або громадяни платять більшу частину своїх витрат отримують із власної кишені, що призводить до загальної відмови у медичному обслуговуванні. Наприклад, річна вартість ліків у закладах охорони здоров'я становить лише 5-6 відсотків від загальних витрат. Цей показник зменшується, і сім'ї повинні платити переважну більшість (за даними національних рахунків, 94-95% протягом 2011-2018 років) ліків та інших медичних товарів (рис. 2.7).

Приватні видатки на охорону здоров'я в Україні (46 млрд. Грн. У 2018 р. 42,3% загальних видатків на охорону здоров'я та 3,2% ВВП) були одними з найвищих у країнах ЄС та Східної Європи (лише Болгарія), але переважна більшість цих приватних видатків була сплачена безпосередньо постачальникам послуг, без участі системи об'єднання, яка могла б забезпечити перехресне субсидування та загальний фінансовий захист. Більш конкретно, домогосподарства оплачували 94% приватних витрат готівкою, тоді як добровільне медичне страхування та інші джерела мало сприяли (рис. 2.7).

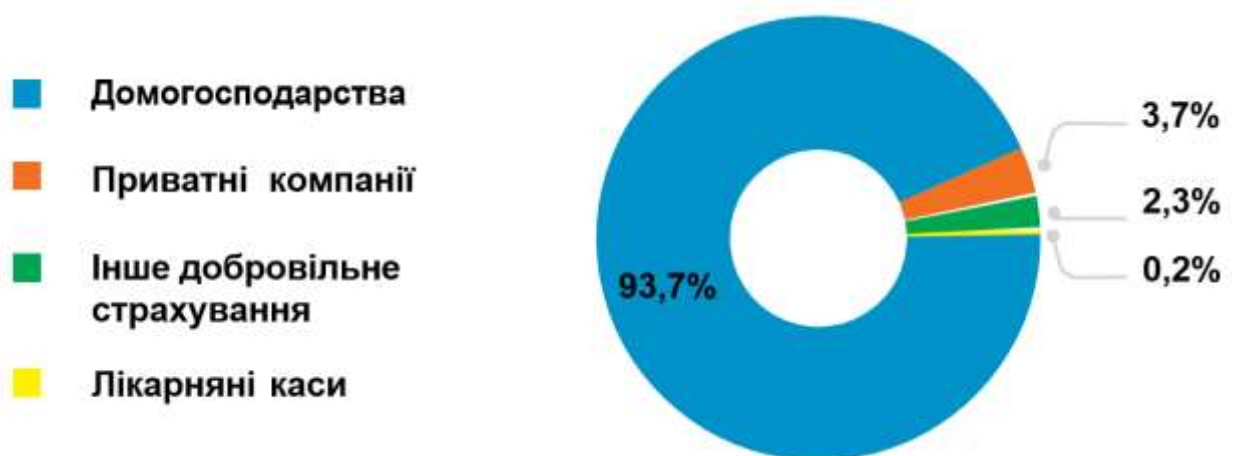


Рис. 2.7. Приватні витрати на охорону здоров'я за джерелами, %

Такі високі витрати можуть призвести до катастрофічних витрат на охорону здоров'я тих, хто звертається за допомогою та / або стримує сім'ї від її взагалі звернення. Згідно з опитуванням домогосподарств, проведеним у 2017 році, 22,6 відсотка тих, хто потребує лікування, не змогли заплатити, головним чином через високу вартість. З 40 відсотків найбідніших домогосподарств, 10,2 відсотка повідомили, що витрачають більше 25 відсотків загальних непродуктивних витрат на своє здоров'я.

Заклади охорони здоров'я стикаються з іншими обмеженнями. Їх державне фінансування надходить із коштів, виділених їм безпосередніми органами влади (переважно обласними, районними та муніципальними органами влади), які, в свою чергу, фінансуються за рахунок трансфертів з центрального бюджету. Такий розподіл ресурсів кожного окремого закладу здійснюється відповідно до галузевих норм, головним чином, на основі статистичних даних про штатний розклад, кількість лікарняних ліжок тощо центральними органами влади. Загалом, це призводить лише до підтримки існуючого стану та додаткового «підмітання» системи незаконними готівковими платежами.

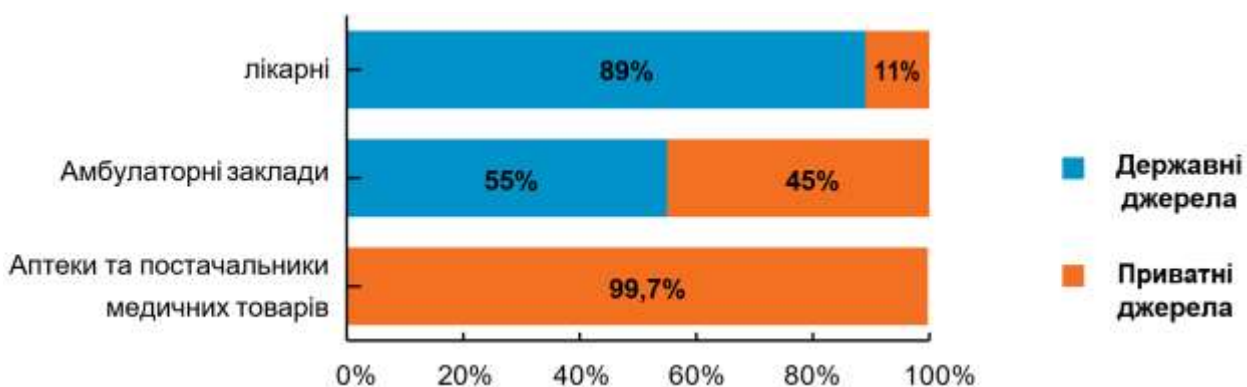


Рис. 2.8. Державні та приватні витрати на охорону здоров'я за видами закладів, %

Крім того, бюджет пишеться за суворою економічною класифікацією. Заклади охорони здоров'я не можуть перераховувати кошти з одного бюджетного рядка на інший або перерозподіляти ресурси на відповідні заходи

з надання послуг (наприклад, збільшити витрати на персонал за комунальні послуги, придбати обладнання замість витратних матеріалів тощо). Натомість вони повинні витратити всі свої ресурси згідно з попередньо затвердженими кошторисами, без права вносити будь-які зміни, що робить керівництво закладів охорони здоров'я негнучким та непродуктивним. Крім того, невитрачені кошти потрібно повернути наприкінці року, а фіскальні органи можуть зменшити асигнування бюджету на наступний рік на суму, рівну залишку фонду. Таким чином, керівництву лікарні вигідніше підтримувати надлишкову лікарняну інфраструктуру та затримувати перебування пацієнта в установі, ніж керувати економікою, економити на витратах та вдосконалювати структуру витрат.

Неефективна структура системи ще більше погіршила ситуацію. Теоретично центральний орган, Міністерство охорони здоров'я, координує весь спектр державних закладів охорони здоров'я. Фактично майже три чверті загального фінансування охорони здоров'я спрямовується на установи та персонал, що працює на регіональному та місцевому рівнях.

Близько 40 відсотків закладів охорони здоров'я центрального рівня використовують установи, що належать іншим міністерствам (Міністерству оборони, Міністерству внутрішніх справ, Міністерству транспорту, Міністерству праці та соціальної політики тощо). Персонал та пенсіонери цих міністерств отримують медичну допомогу в цих спеціалізованих закладах, але загалом також використовують загальну мережу для інших цілей. Очевидно, це створює дублювання та марнотратство на додаток до існуючих витрат ресурсів.

Така ситуація призвела до завищення кількості лікарень (понад 2200; 5,22 на 100 000 населення) та лікарняних ліжок (понад 400 000; 890,7 на 100 000 населення) у державному секторі, що набагато вище в розрахунку на душу населення, ніж лише в сусідніх країнах, а також у країнах ЄС (рис. 2.9). Однак 75 відсотків цих лікарняних ліжок мають надзвичайно низькі можливості надання послуг, оскільки вони розташовані в невеликих закладах - міських та

районних, спеціалізованих (туберкульозні, венеричні) лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях, деякі з яких знаходяться в напівзруйнованому стані. Через відсутність інвестицій та інші обмеження дуже мало закладів здатні надати сучасну комплексну медичну допомогу (наприклад, сучасну кардіохірургію або лікування раку).

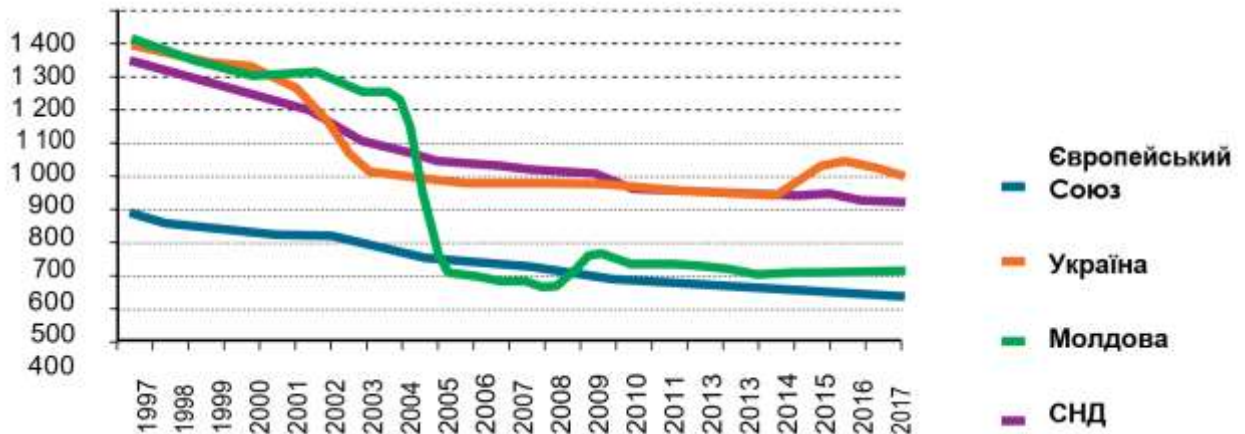


Рис. 2.9. Динаміка кількості лікарняних ліжок (на 100 000 населення)

В Україні існує надмірна кількість спеціалізованих спеціалістів (понад 100 медичних спеціальностей), які отримують допомогу в 8300 поліклініках, районних та міських лікарнях та спеціалізованих диспансерах з приводу однієї хвороби (туберкульоз, ВІЛ / СНІД тощо). Спочатку вони були призначені для направлення з медичних пунктів, амбулаторій та поліклінік, виділених та / або прикріплених до районних та сільських лікарень, які надавали первинну медичну допомогу на районній основі. У закладах первинної медичної допомоги зазвичай працюють лікар та медична сестра (сільський фельдшер та / або акушерка), які надають обмежені послуги без необхідного обладнання та не мають стимулів підтримувати якість, а їх професійна компетентність з часом погіршується. Як результат, більшість пацієнтів звертаються за лікуванням безпосередньо до спеціалістів, які, як правило, раді допомогти в обмін на напівофіційні або неофіційні збори.

До лікарняна та лікарняна служба екстреної допомоги - це ще одна окрема підсистема, яка не відповідає вимогам якості, доступності,

ефективності та обладнання. Перенаправлення ресурсів у цьому контексті є скоріше правилом, ніж винятком.

У 2017 році в Дніпропетровську, Вінниці та Києві було розпочато пілотну ініціативу щодо пропонування структурних змін у первинній та екстреній медичній допомозі та створення нових механізмів фінансування, включаючи укладення контрактів із постачальниками медичних послуг, стимулювання та запровадження механізму направлення до вторинного та вищих навчальних закладів. Однак дайте якісну оцінку пілотних ініціатив 2017-2020 років. Це важко через відсутність моніторингу проєктів, моніторингу ефективності та збору реальних даних про якість надання послуг, ефективність, охоплення тощо.

Тривожна картина системи охорони здоров'я ускладнюється швидким старінням населення та зменшенням кількості лікарів (часто помилково сприймається на одну особу) і, що ще гірше, кількістю медсестер та іншого кваліфікованого медичного персоналу. Низька заробітна плата, незалежно від обсягу та якості роботи, яку працівники змушені виконувати із застарілими технологіями та низькою кваліфікацією, а також досить жорсткі правила праці та довільне управління, призначаються з політичних причин, погано впливають на етичні та моральні норми. аспекти та соціальна привабливість постачальників медичних послуг.

Приватний сектор знаходиться на ранній стадії розвитку, великих приватних страхових компаній практично немає, а кількість приватних лікарень низька. Приватний сектор складається в основному з аптек, медичних установ (переважно амбулаторних) та приватних лікарів. Ці установи фінансуються в основному за рахунок прямих платежів населення.

2.2. Оцінка якості медичної допомоги в Україні

Міністерство охорони здоров'я України прийняло наказ від 24.02.2010. 189 «Про процедуру контролю та управління якістю медичної допомоги» детально описує процедуру контролю якості медичної допомоги, сьогодні вона по праву є одним із ключових правових інструментів забезпечення прав

людини у сфері охорони здоров'я. Положення встановлює мету контролю якості медичної допомоги, а саме забезпечення прав пацієнтів на необхідну кількість та якість медичної допомоги шляхом оптимізації використання персоналу та технічних ресурсів, використання передових медичних технологій. Протягом багатьох років замовлення в контексті контролю якості медичної допомоги неодноразово змінювались, вводячи більше сегментів, але значення механізму залишається незмінним.

Корисно переглянути два інших існуючих розпорядження щодо контролю якості охорони здоров'я, що регулюють контроль якості охорони здоров'я:

- наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про затвердження Порядку контролю якості медичної допомоги» (далі – наказ № 752);

- наказ МОЗ України від 06.08.2013 р. № 693 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги» (далі – наказ № 693).

Проаналізувавши вищезазначені акти, ми зробимо кілька зауважень, які можуть бути корисними у застосуванні закону в цьому відношенні:

1. Суб'єктами, уповноваженими на проведення клінічних експертних оцінок якості та обсягу медичної допомоги, є: медичні ради закладів охорони здоров'я; клінічні експертні комісії (КЕК) МОЗ України; КЕК адміністрацій охорони здоров'я, а саме дирекцій (центральної дирекції) Охорона здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій (далі - Адміністрація охорони здоров'я) (Порядок 752, пункт 8). З них постійними органами є Медичні ради та КЕК Міністерства охорони здоров'я України.

2. Якість медичної допомоги контролюється в закладах охорони здоров'я, незалежно від форми власності чи підпорядкування, а також приватних осіб, які є підприємцями, які здійснюють господарську діяльність відповідно до медичної практики при наданні медичної допомоги та медичних послуг.

3. Наказ 752, абз. 7, зазначено, що контроль якості надання медичної допомоги повинен ґрунтуватися на структурі, процесі та результатах надання

медичної допомоги. Відповідно до абз. 8 цього Порядку клінічна експертна оцінка якості та обсягу медичної допомоги проводиться шляхом клінічного обстеження діагностики, лікування та реабілітації. На схід. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі - Основи) поняття «медична допомога» визначається як діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію в зв'язок із захворюваннями, травмами, отруєннями та патологічними станами, а також вагітністю та пологами.

З огляду на вищевикладене, впливає, що оцінка якості в клініці не охоплює профілактику та умови, пов'язані з вагітністю та пологами. Беручи до уваги суперечливі медичні стосунки в галузі акушерства та гінекології, це обмеження слід вважати надзвичайно небезпечним для безпеки пацієнта. На жаль, Наказ 693 не виправив цього недоліку, але не менш дивними положеннями є те, що Медична рада створюється для оцінки якості та кількості медичної допомоги та послуг (п. 1.2 Положення про Медичну раду закладу охорони здоров'я "І, затверджений наказом 693), КЕК Міністерства охорони здоров'я України та КЕК адміністрацій охорони здоров'я - для експертної перевірки клініко-експертних питань діагностики, лікування та реабілітації.

Тому з буквального тлумачення обох наказів впливає, що лише медичні ради, уповноважені контролювати повний обсяг компонентів медичної допомоги, а інші КЕК - лише 3 сегменти з 5, які регулюються у визначенні поняття «медична допомога».

4. Клінічна експертна оцінка якості та кількості медичної допомоги та медичних послуг проводиться протягом 30 календарних днів з дати отримання запиту чи запиту фізичних та юридичних осіб. Якщо не вдається прийняти рішення протягом цього часу, термін розгляду може бути продовжений на 15 календарних днів. Ми зазначаємо, що право на продовження тривалості клініко-експертної оцінки закріплено лише в Наказі 693.

5. На підставі результатів оцінки КЕК якості та кількості медичної допомоги та медичних послуг складається висновок експерта на підставі результатів клінічної оцінки, форма якої передбачена наказом 752 Рішення медичної ради закладу охорони здоров'я оформляється протоколом.

6. Вперше виявляється, що чітко розмежовують медичну допомогу та медичну послугу, оскільки Наказ 693 посилається на клінічну експертну оцінку якості та кількості медичної допомоги та послуг. Законодавче визначення поняття «медична послуга» ще не доступне, а тому важко визначити співвідношення зазначених періодів часу. Слід також зазначити, що Наказ 752 стосується лише процедури контролю якості надання медичної допомоги, а отже, порушує логічне питання, чи буде правильно застосовувати цей порядок у контролі якості надання медичної допомоги.

7. Кадровий процес у КЕК:

– на рівні КЕК МОЗ України їх членами є: головні зовнішні спеціалісти МОЗ України (25 відсотків членів Комісії), спеціалісти закладів охорони здоров'я (25 відсотків членів Комісії), науково-педагогічні працівники вищих медичних шкіл III рівня IV акредитації та науково-дослідні установи (25 відсотків членів комісії), представники профспілок, їх асоціацій охорони здоров'я, організацій роботодавців, їх охорони здоров'я - асоціації з догляду та медичні добровільні асоціації (25 відсотків членів комісії) (за згодою їх керівників);

– на рівні КЕК органи охорони здоров'я складаються з головних зовнішніх спеціалістів відповідного органу охорони здоров'я, спеціалістів закладів охорони здоров'я ([з членів комісії); Науково-педагогічні працівники вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації та науково-дослідні установи, розташовані у межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці ([від складу комісії) (за згодою їх керівників); представники профспілок, їх асоціацій охорони здоров'я, організацій роботодавців, їх асоціацій охорони здоров'я та добровільних об'єднань лікарів ((членами комісії) (за згодою їх керівників);

– на рівні медичних рад закладів охорони здоров'я: працівники закладів охорони здоров'я, незалежно від форми власності чи підпорядкування, спеціалісти інших закладів охорони здоров'я, представники інших підприємств, установ та організацій (за згодою їх лідери).

Можна зробити наступні висновки:

– склад КЕК є виключно медичним, і лише робота медичних комісій може включати представників підприємств, установ та немедичних організацій, таких як юристи;

– право громадських об'єднань брати участь у КЕК обмежується виключно через приціл професіоналізму, оскільки членами КЕК можуть бути лише представники добровільних асоціацій лікарів. Хоча я справді вірю. 24 «Участь громадськості в охороні здоров'я» Основи стверджують, що органи та установи охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян брати участь в управлінні охороною здоров'я та проводити громадську експертизу з цих питань. У контексті КЕК мова йде про управління якістю медичної допомоги, і тоді всі громадські об'єднання можуть бути залучені до цього процесу, дотримуючись принципу рівності перед законом (ст. 3 Закону України «Про Громадські об'єднання »);

– цей медичний склад членства дає обґрунтовані підстави сумніватися у незалежності та об'єктивності КЕК. Слід також уважно стежити за профілем членства, оскільки одні й ті самі фахівці не можуть брати участь у одній і тій же справі щодо якості медичної допомоги, якщо вони вже брали участь в іншому КЕК (наприклад, людина була членом медичної ради та згодом запрошені до КЕК Адміністрації охорони здоров'я), медичну допомогу надавали консультанти з питань лікування пацієнта (На практиці бувають випадки, коли лікарі, які брали участь у лікувальному процесі, були консультантами, ставши членами КЕК) та не мати права брати участь у судово-медичній експертизі, якщо вони вже були членами КЕК.

Слід зазначити, що наказ 693, який регулює організацію клінічного оцінювання, не передбачає права оскаржувати рішення КЕК в ієрархічному

порядку, і, наприклад, у випадку незгоди з КЕК органу охорони здоров'я, звернутися до КЕК МОЗ. Наказ МОЗ 752, п. 8, передбачає, що клінічна експертна оцінка якості та кількості медичної допомоги повинна проводитись медичними комісіями, МОК КЕК та / або медичними комісіями, а потім, з буквального тлумачення, впливає, що в тому ж справа дозволимо КЕК та управління охороною здоров'я та МЗ КЕК, тому що в нормі є союз «і».

8. Аналіз абз. 5, 6 Порядку 752 впливає, що контроль якості надання медичної допомоги здійснюється медичними комісіями, є внутрішнім, а контроль з точки зору діяльності КЕК - зовнішнім.

9. Дирекція контролю якості медичних послуг МОЗ України є єдиним органом, відповідальним за організацію, діяльність, координацію та моніторинг діяльності МОЗ України та регіонів.

10. Рішення як медичної ради, так і КЕК МОЗ та Рад охорони здоров'я має рекомендаційний характер.

11. Одним із питань, що обговорюються на практиці, є те, що заявник може бути присутнім на засіданні КЕК, оскільки ні Порядок 752, ні Порядок 693 не містять такого права? Для відповіді на це питання необхідно використовувати загальний нормативний документ, застосовний до цих правовідносин, оскільки спеціальні нормативні акти не регулюють це питання. На схід. 18 Закону України «Про звернення громадян» закріплено право бути присутнім під час розгляду заяви або скарги, а потім, доречно, щоб заявник у своїй апеляційній скарзі негайно в резолютивній частині зазначав, що його слід викликати на засідання КЕК, оскільки він має право бути присутнім на слуханні його апеляції.

Описаний механізм є важливим у розгляді медичних справ, і, незважаючи на деякі нормативні недоліки, він залишається одним з основних інструментів забезпечення прав людини у галузі охорони здоров'я.

Висновки до другого розділу

Виконавча та законодавча гілки українського уряду успадкували систему охорони здоров'я, успадковану від радянського періоду, модель

Семашка, викривляючи її. Вся система знаходиться у державній власності та орієнтована на лікарні, з дуже роздробленим управлінням та послугами, орієнтованими на гостре лікування з мінімальною профілактикою. Система не розроблена для задоволення реальних потреб населення і виявилася нездатною реагувати на непомірний тягар НЗ, оскільки вона була розроблена для боротьби з інфекційними захворюваннями та травмами, які, як правило, мають однакову причину та не залежать від особиста поведінка громадянина. Ця система була розроблена в той час, коли сучасні методи спілкування ще не були розроблені, а медичні технології недостатньо розвинені. Він також ігнорує міжнародні тенденції модернізації та вдосконалення системи охорони здоров'я (наприклад, пропонуючи простір для ініціатив приватного сектору) і не надав політичних вказівок у таких важливих сферах, як інформаційні технології. Існує безліч доказів того, що система характеризується неефективним використанням коштів, що призводить до корупційних ризиків.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Формування сучасної системи управління якістю в галузі охорони здоров'я в Україні

Поліпшення управління закладами охорони здоров'я є одним із найважливіших факторів підвищення якості, культури та доступності медичної допомоги. Конкуренція для потенційних користувачів медичних послуг вимагає спеціального забезпечення якості. З появою внутрішнього ринку надання медичних послуг впровадження управління якістю у закладах охорони здоров'я, що є звичним у світовій практиці, стає все більш важливим.

У багатьох високорозвинених країнах вимоги до медичних установ проходити процедури сертифікації відповідно до міжнародних стандартів серії ISO 9001 визначені законом: наприклад, у Німеччині всі державні та неурядові клініки повинні мати власну систему контролю якості та 99% з них обрали впровадження управління якістю відповідно до вимог ISO 9001 [1].

В Україні низка приватних закладів охорони здоров'я вже мають сертифіковані системи управління якістю, які дозволяють їм успішно конкурувати на зовнішньому та внутрішньому ринках медичних послуг.

ISO 9001: 2009 [14] надає медичним працівникам значні конкурентні переваги. Це важливий крок до більшої ясності та прозорості. Однією з особливостей системи управління якістю є профілактика - бажання вирішити проблему до її появи. Такий підхід дозволяє значно покращити ефективність лікування, надаючи своєчасну та відповідну допомогу.

Пропаганда філософії управління, заснованої на якості, у галузі медичних послуг повинна супроводжуватися, як конкретно наголошують меморандуми ISO та IWA (Угода про міжнародний семінар), зниженням вартості цих послуг за рахунок оптимізації процесів їх організації, даючи та контролюючи. Основна економія досягається шляхом ефективного усунення трудомістких процедур виправлення (виправлення) та усунення наслідків

помилкових діагнозів та неправильно призначеного лікування, включаючи судові процедури [31].

Переваги впровадження системи управління якістю в клініці можна класифікувати, як показано на рис. 3.1.

В рамках системи управління якістю клініки результати терапевтичних, діагностичних та інших клінічних втручань поєднуються у двох взаємопов'язаних процесах: організаційному та лікувальному. Ці відносини є елементом стратегічного розвитку клініки.

В процесі лікування для пацієнта надзвичайно важливо не тільки те, що отримує пацієнт, але і те, як він його отримує. Розуміння якості надання медичної допомоги характеризується двофазною моделлю, яка містить технічні (що?) та функціональні (як?) Фактори якості [18].

Технічні фактори - те, що отримує пацієнт, терапевтичні, діагностичні тощо: втручання; метод розслідування; методи післяопераційної реабілітації; методи терапевтичної реабілітації.

Функціональні фактори - як пацієнт отримує медичну послугу. Ці фактори оцінюються шляхом сприйняття за критеріями: надійності; співчуття; чуйність; переконання.



Рис. 3.1. Класифікація вигод від встановлення сучасної системи управління якістю в закладах охорони здоров'я в Україні

Однією з ключових вимог нової версії стандартів серії ISO 9000 є технологічний підхід, який на початковому етапі впровадження системи

управління якістю дозволяє керівництву та персоналу поглянути на свою клініку з іншого боку, чітко визначити відповідальність, повноваження, ресурси, інформація та управління. Цей підхід не виключає існуючої системи управління, а навпаки, визначає шляхи її вдосконалення та поступового просування до системи управління на основі процесів.

Відповідно, організація повинна:

- процеси, необхідні для системи управління якістю та їх застосування в організації;
- визначте послідовність цих процесів та їх взаємодію;
- визначити критерії та методи, необхідні для забезпечення впевненості, що ці процеси, а також управління ними дають результати;
- забезпечити наявність ресурсів та інформації для підтримки цих процесів;
- вимірювати та аналізувати ці процеси;
- вживати заходів, необхідних для досягнення запланованих результатів, і постійно вдосконалювати ці процеси.

Вибір процесу, класифікація та визначення параметрів процесу - індивідуальна і досить складна робота при переході до організації процесу та управління підприємством. Тому важливим завершальним етапом роботи є узгодження результатів класифікації між власниками процесів, а також власниками підприємств.

Клінічні процеси управління якістю можна класифікувати за призначенням: процеси управління; основні процеси; моніторинг, вимірювання, вдосконалення та процеси розвитку; підтримка процесів / ресурсних процесів.

Процеси управління, які включають процеси, що забезпечують конкурентоспроможність, виживання та розвиток клініки та регулюють її поточну діяльність, а також процеси, спрямовані на управління клінікою. Процеси управління включають стратегічне планування, управління

фінансами, управління якістю послуг, управління персоналом, управління маркетингом, управління документами та протоколами.

Основними процесами є ті, що безпосередньо спрямовані на отримання доходу. Після випуску основних процесів ми отримуємо здорового задоволеного клієнта. Відмінною рисою цих процесів є те, що вони приносять дохід стратегічного значення. Основними ідентифікованими процесами були всі процеси, пов'язані із замовниками: консалтинг, лабораторні дослідження, операції.

Процеси вимірювання, аналізу, вдосконалення та розвитку включають процеси, спрямовані на отримання довгострокового прибутку та клінічне вдосконалення та розвиток. Отже, процеси вимірювання, аналізу та вдосконалення включають процеси, пов'язані з вимірюванням задоволеності пацієнта, процесом внутрішнього аудиту, моніторингом процесу, управлінням невідповідностями, коригуючими та профілактичними діями.

Був використаний основний принцип допоміжних процесів, допоміжні процеси - це процеси, за які клієнт не платить грошей, але вони необхідні для функціонування клініки.

До допоміжних процесів належали всі процеси, пов'язані із забезпеченням ресурсами, утриманням інфраструктури: юридичний процес, управління інфраструктурою та виробничим середовищем, програмне забезпечення та комп'ютер, адміністрування та управління, закупівля медичних матеріалів, медичного обладнання.

Кожен процес підпорядковується керованим умовам, які забезпечуються необхідними вимірами та коригуючими діями в процесі, а також встановленням повноважень та відповідальності, критеріями ефективності для конкретних процесів.

Пропонується розробити систему управління якістю клініки на основі стандарту [14], який передбачає комплексну оцінку, яка може базуватися на суб'єктивних думках пацієнтів. Для оцінки можна використовувати такі критерії:

- зручність клініки;
- зручність системи призначення
- чистота клініки;
- ввічливість медичного персоналу;
- якість медичного обладнання;
- обсяг послуг;
- конфіденційність під час перевірки.

Наприклад, результати оцінки роботи хірургічної клініки за критеріями у 2019 році представлені в таблиці. 3.1. Результати цього аналізу дозволяють керівництву клініки визначати стратегічні, тактичні та оперативні управлінські рішення для вдосконалення допомоги пацієнтам. Основним критерієм у медицині є здоров'я людей. Система управління якістю пов'язує рішення внутрішніх проблем із потребами та очікуваннями пацієнтів [36].

Таблиця 3.1

Деякі результати оцінення діяльності хірургічної клініки у 2019 році
за 5-бальною системою

Критерії	Оцінка в балах
Зручність роботи клініки	5
Зручність системи запису на прийом до лікаря	4,8
Охайність клініки	5
Ввічливість медичного персоналу	5
Якість медичного обладнання	5
Обсяг послуг, що надаються	4,7

Ключові показники основних процесів клініки можна класифікувати наступним чином:

За фінансовими показниками:

- сума доходу;
- вартість послуг;
- за показниками клієнта та маркетингу:

- кількість хворих;
- кількість послуг, що надаються;
- рівень задоволеності пацієнта;
- часові рамки надання послуг;
- персонал та ресурси;
- впровадження бонусної системи;
- частка сертифікованих робітників;
- відсоток персоналу, навченого системі управління якістю.

Ці підходи до розвитку сучасної системи управління закладами охорони здоров'я є основою для роботи багатьох розвинених медичних клінік зарубіжних країн.

3.2. Шляхи організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я України

Контроль за системою управління охороною здоров'я можна розглядати як частину процесу управління, як функцію та як систему.

Моніторинг, як частина процесу управління, спрямований на досягнення стратегічної мети надання пацієнтам якісної допомоги шляхом встановлення ступеня відповідності певним компонентам (характеристикам) Якості медичної допомоги відповідно до прийнятих вимог.

Контроль як функція управління передбачає:

- збір даних про фактичну якість медичної допомоги шляхом моніторингу її за певними критеріями;
- порівняння отриманих даних з вимогами норм, стандартів, протоколів та інструкцій;
- виявлення та оцінка відхилень (невідповідностей);
- аналіз причин відхилень;
- використання аналітичної інформації для підтримки управлінських рішень для підвищення якості медичної допомоги.

Таким чином реалізується зворотний зв'язок в системі управління якістю. Контроль як система розглядається через сукупність взаємопов'язаних елементів: цілей, завдань, визначених суб'єктів та об'єктів контролю, функцій, методів, засобів контролю, джерел інформації про функціонування системи якості, критеріїв та результатів контролю (рис. . 3.2).

Максимальна об'єктивність контролю може бути досягнута, якщо він здійснюється на основі інформаційної бази критеріїв якості та показників, що відповідає його складовим, розробленої та затвердженої керівником закладу охорони здоров'я.

Критерії якості повинні охоплювати всі компоненти якості та слугувати орієнтирами для досягнення запланованих цілей щодо якісної допомоги (табл. 3.2). Критерії якості деталізовані для кожного офісу / підрозділу та кожного співробітника відповідно до виду та обсягу медичної допомоги, як визначено Положеннями про структурні підрозділи та посадовими інструкціями.

Відповідно до критеріїв формується набір еталонних (планових) показників якості для закладу охорони здоров'я, визначений нормами, стандартами, інструкціями, методами та іншими політичними та нормативними документами.

Показники якості, як інструмент вимірювання досягнутого рівня якості медичної допомоги, розробляються та обчислюються відповідно до методології розробки системи показників якості медичної допомоги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2002/22314.

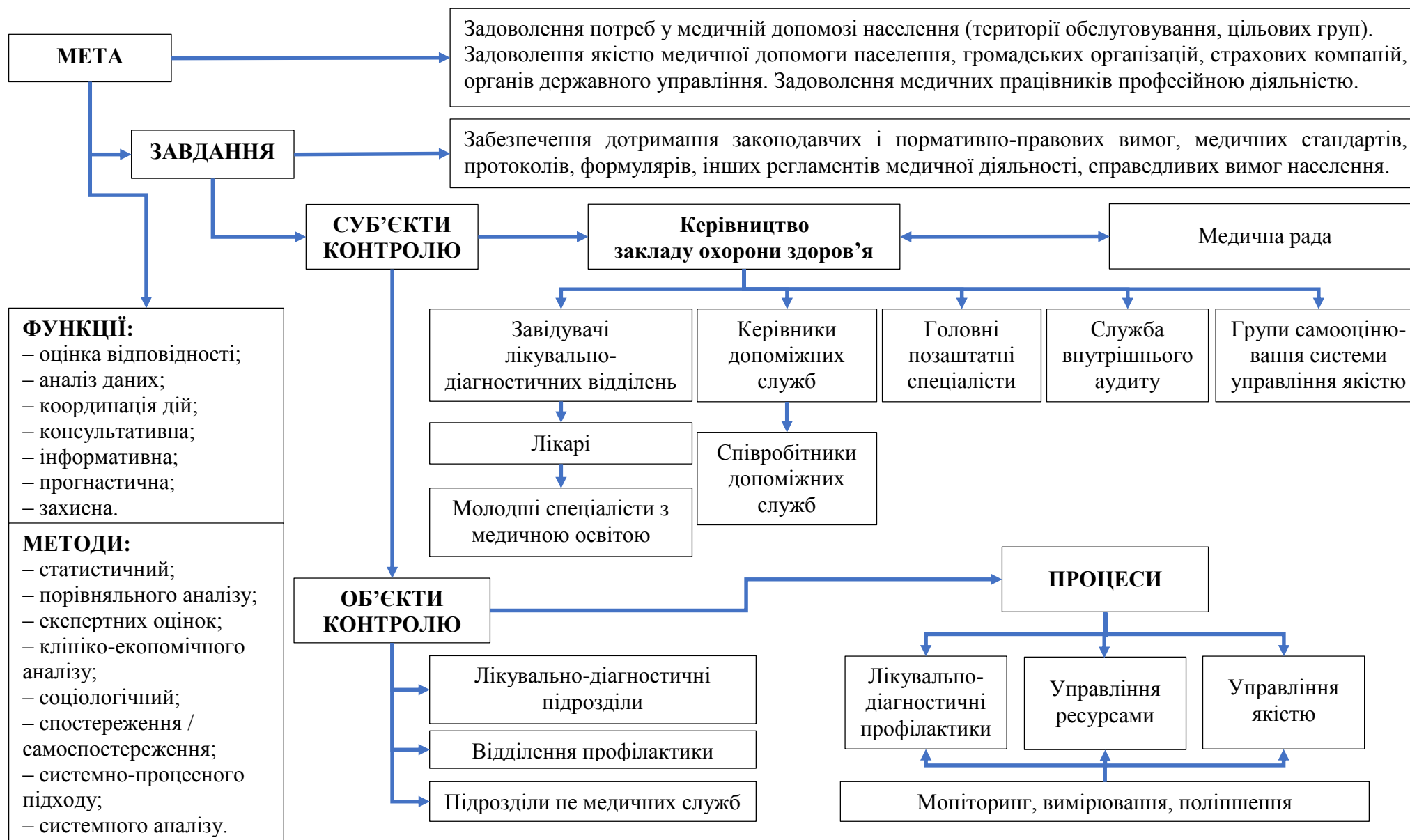


Рис. 3.2. Схема системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я

Таблиця 3.2

Приклади критеріїв якості медичної допомоги відповідно до компонентів якості для закладів охорони здоров'я

№ з/п	Компоненти якості	Приклади критеріїв якості
1.	Спрямо-ваність на пацієнта	1.1. Права пацієнта дотримуються відповідно до чинного законодавства. 1.2. Слід дотримуватися медичної етики та деонтології. 1.3. Регулярно проводяться соціологічні опитування з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта.
2.	Результативність	2.1. Зміни клінічного статусу відповідно до очікуваного захворювання. 2.2. Медична допомога надається відповідно до місцевих медичних та технологічних документів, розроблених відповідно до галузевих стандартів, узгоджених із найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. 2.3. Спостерігається позитивна тенденція до зменшення рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян порівняно з попереднім періодом діяльності. 2.4. Регулярно оцінюється задоволеність пацієнтів медичною допомогою та доглядом.
3.	Безпека	3.1. Медична допомога надається відповідно до місцевих медичних та технологічних документів, розроблених відповідно до галузевих стандартів, узгоджених із найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. 3.2. Норми ліцензування та акредитації відповідних закладів охорони здоров'я дотримуються за розділами.
4.	Доступність	4.1. Медичний та немедичний персонал укомплектований відповідно до стандартів. 4.2. Заклад охорони здоров'я оснащений медичним обладнанням та медичними приладами відповідно до листів обладнання. 4.3. Заклади доступні кожному медичному працівнику та відповідають вимогам місцевих медико-технічних документів, стандартів, правил, методів, стандартів, інструкцій та інших нормативних документів. 4.4. Встановлено та впроваджено процедури взаємодії між медичними та немедичними закладами та іншими медичними та немедичними закладами щодо організації охорони здоров'я пацієнтів. / Населення.
5.	Економічна ефективність	5.1. Ресурси для задоволення потреб охорони здоров'я цільової групи населення плануються відповідно до вимог галузевих / місцевих медичних та технологічних документів. 5.2. Види та обсяги ресурсів використовуються відповідно до вимог галузевих / місцевих медико-технологічних документів. 5.2. Тривалість процесу діагностичного лікування та окремих його компонентів за нозологією відповідає чинним нормам.
6.	Своєчасність	6.1. Час очікування запланованих консультацій спеціалістів визначається та дотримується відповідно до рекомендованих стандартів; Планова госпіталізація відповідно до рекомендованих стандартів; рутинні оперативні втручання відповідно до рекомендованих стандартів; результати лабораторних, функціональних та інших діагностичних досліджень. 6.2. Були домовлені про амбулаторні візити. 6.3. Час поїздки бригади екстреної медичної допомоги до пацієнта / відповідно до місцевих правил.

Організація контролю якості охорони здоров'я у закладі охорони здоров'я призначена для досягнення мети контролю шляхом виконання відповідних функцій суб'єктів контролю за допомогою методів та технічних засобів контролю на основі певних критеріїв.

Самоконтроль якості здійснюється безпосереднім надавачем медичної допомоги лікарями, молодими спеціалістами з медичною освітою - відповідно до покладених на них обов'язків та повноважень щодо забезпечення якості, як зазначено в посадових інструкціях. Принцип самоконтролю заснований на постійному дотриманні вимог / рекомендацій чинних нормативних актів (наказів, наказів, інструкцій, стандартів, місцевих медичних та технологічних документів тощо) та порівняння реальних проміжних та кінцеві результати власної діяльності проти встановлених стандартів. Якщо під час медичної допомоги виявляються порушення, постачальник вносить відповідні корективи; при необхідності коригувальні заходи включаються керівником філії / підрозділу.

Самоконтроль за процесом надання медичної допомоги здійснюється на основі вищезазначених критеріїв якості, адаптованих для кожного лікаря та молодшого спеціаліста в галузі медичної освіти: ознайомлення та використання інформації про пацієнта з попереднього етапу / рівня медична допомога; Клінічне обстеження пацієнта за його компонентами, своєчасне встановлення попереднього діагнозу; інформування пацієнта про стан його здоров'я; Отримання поінформованої згоди на медичні втручання, складання плану обстеження та лікування відповідно до вимог місцевих медичних та технологічних документів; Впровадження плану скринінгу та лікування; своєчасність клінічного діагнозу; моніторинг клінічного стану пацієнта та динаміки патологічного процесу, клінічної ефективності та наслідків лікарських засобів та інших методів лікування; Своєчасне внесення коректив у лікування; належну обробку та зміст виданих документів; дотримання правил поведінки під час спілкування з пацієнтом та його представниками; дотримання стандартної

(середньої) тривалості лікування в цій нозологічній формі; Ведення медичної документації за потребою.

Особливу увагу лікарі та молодші спеціалісти, які мають медичну освіту, повинні приділяти побічним явищам, що виникають під час діагностичного та лікувального процесу, з негайним наданням медичної допомоги пацієнту, якщо це необхідно, повідомляти про них головному лікарю та реєструвати в первинному медичному записи.

Самоконтроль також повинен включати якісний ресурсний компонент для підтримки діагностичного та лікувального процесу: безперервне професійне самонавчання, дотримання правил лікувального, захисного та гігієнічного режиму в затверджених палатах; Дотримання правил зберігання та раціонального використання медичного обладнання, засобів зв'язку, м'якого та жорсткого обладнання та інших матеріально-технічних ресурсів; дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку; дотримання норм праці та техніки безпеки; пожежна безпека на робочому місці.

Висновок до третього розділу

Система управління якістю у закладах охорони здоров'я вирішує внутрішні проблеми, покращує якість послуг та передбачає очікування пацієнтів. При впровадженні системи управління якістю витрати на медичні заклади зменшуються, головним чином, за рахунок впорядкування операцій та усунення непотрібних або неефективних процесів, зовнішніх та внутрішніх втрат, спричинених дефектами та невідповідностями.

Системи управління якістю правильно розроблені як ефективний інструмент для поліпшення роботи медичної організації та джерело економічної вигоди. Завдяки вдосконаленій документації, моніторингу, аналізу та періодичному огляду ключових бізнес-процесів та процесів управління клініка стає прозорою, краще управляється та постійно вдосконалюється.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

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

Людина випробовує вплив виробничих факторів. Ці фактори можуть робити на людину сприятливий і несприятливий вплив. Відповідно до ДСТ 12.0.002-080 несприятливі виробничі фактори можуть бути небезпечними і шкідливими. Шкідливий виробничий фактор у залежності від рівня і тривалості впливу може стати небезпечним. Класифікація небезпечних і шкідливих факторів визначений ДСТ 12.0.003-74.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

У цілому, користувач ЕОМ не зіштовхується з яким-небудь особливими психічними чи емоційними проблемами. Дослідження показали одиничні випадки психічних зривів у результаті тривалої роботи на комп'ютері. Проте, рекомендується вживати заходи до запобігання надмірного дискомфорту і стомлення.

У більшості користувачів ЕОМ виникає кістково-м'язовий дискомфорт через статичну напругу м'язів, незручної пози чи часто повторюваних одноманітних рухів. З метою зменшення ймовірності професійних захворювань доцільно приймати наступні профілактичні заходи: забезпечення робочих місць зручними столами і стільцями, раціональна організація роботи, ергономічне проектування дисплеїв, клавіатури і підставок для документів.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Важливе значення для запобігання електротравматизму має правильна організація обслуговування діючих електроустановок, проведення ремонтних і профілактичних робіт, здійснюване за допомогою наступних мір: доступ до роботи, нагляд під час роботи, відключення під час ремонту, вивішування попереджувальних плакатів і знаків безпеки, перевірка відсутності напруги, накладення заземлення.

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

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

До системи освітлення висувають наступні вимоги:

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

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

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

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

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

4.2. Розрахунок системи штучного освітлення в медичному приміщенні

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

До системи освітлення висувають наступні вимоги:

- відповідність рівня освітленості робочих місць характерові виконуваної здорової роботи;
- досить рівномірний розподіл яскравості на робочих поверхнях і в навколишньому просторі;
- сталість освітленості в часі;
- оптимальна спрямованість випромінюваного освітлюваними приладами світлового потоку;

– довговічність, економічність, електро- і пожежобезпечність, естетичність, зручність і простота експлуатації.

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

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

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

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

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

Дані для розрахунку:

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

Коефіцієнт відображення стелі ρ_n - 50 %, стін ρ_c - 30 %, робочої поверхні ρ_p - 10 %.

Напруга мережі – 220 В.

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

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

2. Розраховуємо відстань від стелі до світильника за формулою:

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

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

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

4. Розраховуємо висоту підвішування світильника над підлогою за формулою:

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

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

$$L = 1,5 * 3,9 = 5,85 \text{ м.}$$

Знаходимо необхідну кількість світильників

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

Приймаємо 7 світильника в один ряд.

Знаходимо i -індекс приміщення:

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

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

Визначаємо світовий потік однієї лампи:

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

$$E_{\min} = 100 \text{ лк.}$$

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

де $K_z = 1,8$ за таблицею 5.

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

При цьому фактична освітленість дорівнює:

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

Визначаємо потужність освітлювальної установки:

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

4.3. Методи та засоби колективного та індивідуального захисту від шуму

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

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

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

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

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

Заходи щодо зниження шуму слід передбачати на стадії проектування промислових об'єктів та обладнання. Особливу увагу слід звертати на винесення

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

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

Нормування шумів.

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

ВИСНОВКИ

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

1. При розгляді сутності та змісту управління якістю у галузі охорони здоров'я було показано, що під якістю медичної допомоги розуміють також процес взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на професіоналізмі лікаря, що полягає в його здатності зменшити ризик прогресування хвороби у пацієнта та запобігти появі нового патологічного процесу, оптимізувати використання медичних ресурсів та забезпечити задоволення пацієнта наданою медичною допомогою.

2. Дослідження показало, що методологія управління якістю медичної допомоги базується на чотирьох принципах: задоволення потреб та очікувань зовнішнього користувача (пацієнта) та внутрішнього системного підходу (медичного працівника); колективна робота; наукові методи. Високий рівень технологій надання медичної допомоги у міжнародній практиці та функціонування та розвиток доказової медицини вимагають повторного вивчення акценту при формуванні політики якості в галузі охорони здоров'я України. Модель СОЗ, яка існує сьогодні, вимагає не лише нових концептуальних підходів, а й фундаментальних системних змін. Якість медичного обслуговування визначається в першу чергу організацією СОЗ загалом та кожним із її компонентів зокрема.

3. На основі оцінки контролю якості надання медичної допомоги в Україні було встановлено, що існує п'ять механізмів забезпечення якості медичної допомоги: примусове ліцензування медичних закладів; акредитація та сертифікація (може бути як обов'язковою, так і добровільною) стандартизація (зазвичай у національних стандартах та клінічних протоколах є дві категорії

критеріїв - обов'язкові та бажані) безпосередній контроль якості, що включає внутрішній та зовнішній аудит.

4. Аналіз показників здоров'я та якості української системи охорони здоров'я показав, що Україна має одну з найгірших систем охорони здоров'я в європейському регіоні. Україна має другий за рівнем рівень смертності в європейському регіоні, який збільшився на 12,7 відсотка між 1997 і 2018 роками. В Європейському Союзі цей показник впав на 6,7 відсотка. Невдача української системи охорони здоров'я пов'язана з архаїчним станом закладів охорони здоров'я, які насправді не орієнтовані на пацієнтів і можуть надавати ефективні якісні послуги.

5. В результаті оцінки якості медичної допомоги в Україні було проаналізовано наказ МОН від 24 лютого 2010 року. 189 «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги», наказ МОЗ України від 28.09.2012. 752 «Про затвердження Порядку контролю якості надання медичної допомоги» та наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.08.2013. 693 зр. Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги ». Вони визначають цілі моніторингу якості медичної допомоги, а саме забезпечення прав пацієнтів на необхідну кількість та якість медичної допомоги шляхом оптимізації використання людських та матеріально-технічних ресурсів для охорони здоров'я, Використання передових медичних технологій. Протягом багатьох років замовлення в контексті контролю якості медичної допомоги змінювались кілька разів, вводячи більше сегментів, але значення механізму залишається незмінним.

6. У дослідженні запропоновано підходи до розвитку сучасної системи управління якістю охорони здоров'я в Україні, що дозволить вдосконалити управління закладами охорони здоров'я, як одного з найважливіших факторів підвищення якості, культури та доступності медичної допомоги. Конкуренція для потенційних користувачів медичних послуг вимагає особливого забезпечення якості.

7. В результаті магістерського дослідження було розроблено шляхи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я в Україні. Верифікація як система розглядається як сукупність взаємопов'язаних елементів: цілей, завдань, визначених суб'єктів та об'єктів контролю, функцій, методів, засобів контролю, джерел інформації про функціонування системи якості, критеріїв та результатів контролю. Максимальний ступінь об'єктивності контролю може бути досягнутий, якщо він здійснюється на основі інформаційної бази критеріїв якості та показників, що відповідають його складовим, розробленої та затвердженої керівником закладу охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білінська М. М. Державне управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 [Електронний ресурс] / Білінська М. М.; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. К. , 2014. 36 с.
2. Гафуров Б. С. Контроль качества медицинской помощи основа в системе защиты прав пациента / Б. С. Гафуров // Проблемы управления здравоохранением. 2014. № 3. С. 22–25.
3. Гук А. В. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги / А. В. Гук // Главный врач. 2016. – № 8. С. 55–60.
4. ДСТУ ISO 9001:2009. Системи управління якістю. Вимоги: (ISO 9001:2008, IDT). На заміну ДСТУ ISO 9001:2001; надано чинності 2009-09-01. К.: Держспоживстандарт України, 2009. VII, 26 с.
5. ДСТУ IWA 1:2007. Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я: (IWA 1:2005, IDT); надано чинності 2008-01-01. К.: Держспоживстандарт України, 2008. 83 с.
6. Дуб Л. Р. Перспективи застосування стандартів ISO для поліпшення якості діяльності медичних та фармацевтичних закладів різного спрямування / Дуб Л. Р., Зіменковський А. Б., Никулишин О. В. // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. 2019. – № 1–2. С. 28–33.
7. Заков О. Л. Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні: автореф. дис... д-ра мед. Наук: 14.02.03 [Електронний ресурс] / Заков О. Л.; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця МОЗ України. К. , 2019. 36 с.
8. Зіменковський А. Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні / А. Б. Зіменковський // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. 2016. № 2. С. 42–45.

9. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформу – вання охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2016. – С. 42-45.

10. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я / В. М. Богомаз, Є. Л. Горох, О. М. Ліщишина [та ін.] // Укр. мед. часопис. 2016. № 1 (75) I–II. С. 12–26.

11. Іртищева І.О., Рябець Д.М. Забезпечення доступності медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення. Економічний аналіз. 2020. Том 30. № 1. Частина 2. С. 60-65. (0,75 д.а.). (Index Copernicus).

12. Іртищева І.О., Рябець Д.М., Трушлякова А.Б. Демографічна ситуація України в системі виміру людського капіталу та охорони здоров'я. Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка менеджмент». 2019. Вип.4 (81). С. 138-145. (Index Copernicus)

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

14. Концептуальные подходы к затратам и качеству: По материалам проекта по обеспечению качества Центра социальных служб США // Главный врач. 2002. № 6. С. 69–77.

15. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. К., 2009. 56 с.

16. Международная организация по стандартизации : официальный сайт [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://www.iso.org>.

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

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

19. Наконечна Л. Д. Принципи побудови інтегрованої системи управління якістю в медичному закладі санаторно-курортного типу / Л. Д. Наконечна // Наукові доповіді НУБіП України [Електронний ресурс], 2016. № 4 (5).

20. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. К. : Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.

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

22. Полубенцева Е. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации / Е. И. Полубенцева, Г. Э. Улумбекова, К. И. Сайткулов.М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006.60 с.

23. Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б. Стан стандартизації в охороні здоров'я України та шляхи її подальшого розвитку // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2014. – № 2. – С. 43-47.

24. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 [Електронний документ]. Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html. Назва з екрана.

25. Про управління якістю медичної допомоги : наказ МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163 [Електронний документ].Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html. Назва з екрана.

26. Програма надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги : постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 955 // Офіц. вісн. України.2002.№ 28.С. 13–24.

27. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення.К. : НІСД, 2011.41 с.

28. Руководство по применению стандарта ИСО 9001:2000 в области здравоохранения / Пер. с англ. Г. Е. Герасимовой.М. : Стандарты и качество, 2002.112 с.

29. Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні [Електронний ресурс].Режим доступу : <http://www.eu-shc.com.ua/ua/presentations.html>. Назва з екрана.

30. Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині // Ліки України. – 2016. – № 4. – С. 57-58.

31. Сударев И. В. Взгляд на отечественное здравоохранение в ракурсе требований іwa-і / Сударев И. В., Гандель В. Г. // Ремедіум.2019.№ 3.

32. Уваренко А.Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та галузевої інновацій – ної політики: Монографія. – Житомир: Полісся, 2015. – 188 с.

33. Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги: методичні рекомендації / О. М. Ліщишина, В. М. Лехан, А. П. Гук [та ін.]. К., 2011. 29 с.

34. Хаїт Л. Б. Дослідження проблем запровадження системи управління якістю надання медичних послуг: сучасні теоретичні підходи / Хаїт Л. Б. // Теорія та практика державного управління [Електронний ресурс]. 2016.№ 2 (29).

35. Хімічева Г. І. Контроль і оцінка якості медичних послуг за вимогами ДСТУ ISO 9001:2009 / Хімічева Г. І., Пономаренко Н. А. // Восточноевропейский журнал передовых технологий.2017. № 3/4 (45). С. 33–36.

36. Шевцов В. И. Система менеджмента качества в управлении ортопедо-травматологической помощью / Шевцов В. И., Попков А. В., Коваленко Т. Н. Режим доступу: <http://quality.eup.ru/MATERIALY14/travmotologia.htm>

37. Ярош Н. Теоретико-методологічні підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги // Вісн. НАДУ. – 2015. – № 3. – С. 246.

38. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // MMFQ.1966.Vol. 44.P. 166–206.

39. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? / A. Donabedian // JAMA.1988.Vol. 260.P. 1743– 1748.

40. Is in-hospital stroke mortality an accurate measure of quality of care? / J. A. Hinchey, A. J. Furlan, J. L. Frank, R. Kay [et al.] // Neurology.1998.Vol. 50.P. 619–625.

41. Quality and Outcomes Framework (QOF) [Electronic resource]. Access mode : [http://www.gpcontract.co.uk/browse/ UK/11](http://www.gpcontract.co.uk/browse/UK/11).Title from screen.

42. Sackett D.L., Haynes R.B., Guyatt G.H. Clinical Epidemiology: a Basic Science for Clinical Medicine. – V Edn, Little, Brown & Co, 1991. – P. 305-306.