

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

Магістерська робота

на тему:

«Роль органів влади в удосконаленні системи управління якістю медичних  
послуг в системі охорони здоров'я»

Виконала: студентка II курсу,  
напряму підготовки (спеціальності)  
281 «Публічне управління та  
адміністрування»

Лобортас О. М.  
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник:  
к.м.н., доц. Троцький Г. М.  
(посада, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Львів – 2022 рік

Лобортас О.М. Роль органів влади в удосконаленні системи управління якістю медичних послуг в системі охорони здоров'я:

Магістерська робота: (281 «Публічне управління та адміністрування») / О.М. Лобортас / Український католицький університет. Кафедра державного управління;

Науковий керівник: к.м.н., доц. Троцький Г. М. – Львів: УКУ, 2021 – 111 с.

**Анотація.** У роботі розкрито теоретико-методологічні засади ролі органів влади в удосконаленні системи управління якістю медичних послуг в системі охорони здоров'я. Проаналізовано закордонний та вітчизняний досвід управління якістю медичних послуг в системі охорони здоров'я та ролі влади в цьому процесі. Запропоновано впровадження нового індикатора якості в сфері охорони здоров'я – індекс лояльності (задоволеності) клієнта. Зокрема проведено дослідження сфери управління якістю медичних послуг, досліджено цільову аудиторію та запропоновано впровадження нового індикатора якості – індексу лояльності клієнта, як критерія для обов'язкової оцінки в рамках регіону, держави.

**Ключові слова:** якість медичних послуг, управління, роль влади, система охорони здоров'я, медичні послуги, індикатори якості, індекс лояльності клієнта, законодавче регулювання.

**Abstract.** The paper reveals the theoretical and methodological foundations of the role of government in improving the quality management system of medical services in the health care system. The foreign and domestic experience of quality management of medical services in the health care system and the role of government in this process are analyzed. It is proposed to introduce a new quality indicator in the field of health care - customer loyalty (satisfaction) index. It is necessary to conduct research on the quality of health services management, study the target audience and recommend the introduction of a new

quality indicator - the customer loyalty index, as a criterion for mandatory evaluation within the region, the state.

**Keywords:** quality of medical services, management, role of government, health care system, medical services, quality indicators, customer loyalty index, legislative regulation.

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ДП - державне підприємство

ДМ - доказова медицина

ЗОЗ - заклад охорони здоров'я

КМН - кабінет міністрів

КНП - комунальне некомерційне підприємство

МІС - медична інформаційна система

МОЗ - Міністерство охорони здоров'я

НАМН - Національна академія медичних наук

НСЗУ - Національна служба здоров'я

ОЗ - охорона здоров'я

ПМД - первинна медична допомога

СДЗ - соціальні детермінанти здоров'я

СП - стратегічне планування

TQM - total quality management

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПИТАННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	13
Багатогранність тлумачення поняття управління якістю.....	13
Основні механізми забезпечення якості в системі охорони здоров'я України та інших держав.....	23
Ключові стейкхолдери в питаннях якості в системі охорони здоров'я.....	32
Висновки до розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПИТАНЬ ЯКОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА РОЛІ ОРГАНІВ ВЛАДИ В ЇЇ УДОСКОНАЛЕННІ.....	38
2.1. Дослідження стану законодавчого регулювання основних механізмів якості системи охорони здоров'я.....	38
2.2. Аналіз задоволеності населення та медичних працівників наявною системою управління якістю медичних послуг в Україні (на прикладі Харківської області).....	47
2.3. Індекс лояльності клієнта, як критерій якості в сфері охорони здоров'я.....	63
Висновки до розділу 2.....	70
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ТА РОЛІ ОРГАНІВ ВЛАДИ В ПИТАННЯХ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	72
3.1. Основні складові посилення ролі держави в управлінні якістю медичних послуг.....	72
3.2. Шляхи удосконалення основних прогалів нормативної бази України з питань управління якістю.....	75

3.3. Користь, перешкоди та ризики в прийнятті рішення щодо впровадження індексу задоволеності клієнта, як критерія якості.....	81
Висновки до розділу 3.....	85
ВИСНОВКИ.....	86
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88
ДОДАТКИ.....	96

## ВСТУП

Актуальність теми. Питаннями якості в сфері охорони здоров'я займається велика кількість дослідників вже тривалий проміжок часу, однак поняття якості досі важко визначити, а сам термін «якість в охороні здоров'я» має багато різноманітних значень. На сучасному етапі велика кількість факторів спонукають різні органи владу, як на державному рівні, так і на місцевому, звертати увагу на питання якості в сфері охорони здоров'я та займатись питанням вирішення проблеми якісної медичної допомоги в державі.

Питання формування стандартів безпечної, економічно обґрунтованої і перш за все якісної медичної допомоги в системі охорони здоров'я – це одна з ключових задач, яку влада має вирішувати в будь якій державі. Наразі це одна з ключових задач і в Україні.

Роль органів влади у визначенні поняття «якість в охороні здоров'я» або «якісна медична допомога» найчастіше ґрунтується не лише на розробці та прийнятті нормативних документів, наказів та контролю їх виконання. Крім того, підходи до оцінювання критеріїв та індикаторів якості різняться, а існуючі накази найчастіше трактуються однозначно.

Одним з ключових прагнень в політиці нашої держави є шлях до Євроінтеграції. На цьому непростому шляху наша країна зробила вже багато кроків та дій. Багато кроків було зроблено і в питаннях охорони здоров'я. Прагнення влади слідувати необхідності дотримання стандартів прийнятих у всьому світі, обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у різних сферах суспільної діяльності та підтверджує актуальність даної дипломної роботи.

Потрібно зазначити, що в останній час, а саме з початком реформи в сфері охорони здоров'я, органи влади все більше уваги приділяють питанням якості надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я та

питанням якості в сфері охорони здоров'я в цілому. Ці питання стали одними з ключових та визначальними в стратегії подальшого розвитку системи охорони здоров'я у державі. Саме критерії якості є одними з головних та визначальних критеріїв ефективності функціонування всієї системи охорони здоров'я.

Актуальність дослідження представленого в даній дипломній роботі та його результати підтверджуються також необхідністю пошуку можливих шляхів удосконалення якості надання медичних послуг та медичної допомоги у цілому. Це також пов'язане з тим, у зв'язку з тим, що в останні часи сфера охорони здоров'я потребує все більше залучення різноманітних високовартісних технологій. Однак залучення додаткових коштів є можливим не завжди, оскільки ми живемо в часи, коли в Україні вже й так існує дефіцит фінансування галузі охорони здоров'я, а потреба в наданні більш якісних послуг стрімко зростає не тільки в напрямку використання більш сучасного устаткування, а й сучасного та пацієнт орієнтованого сервісу в наданні послуг.

В умовах сучасного світу питання управління якістю медичної допомоги є не тільки необхідними, але й слугують дороговказівником в питаннях стратегічного розвитку галузі охорони здоров'я в Україні. Саме питання управління якістю надання медичних послуг в сфері охорони здоров'я стають тією складовою, вирішення проблем якої забезпечує вихід галузі з тривалої кризи.

Питання надання якісних медичних послуг - це питання з якими в своєму повсякденному житті стикається кожна людина. Порівнянні результатів між бажаним та отриманим, в наданні медичних послуг, слугує ключовим поняттям у визначенні питань якості, а критерій задоволеності самих пацієнтів виходить на один з найважливіших рівнів серед багатьох інших критеріїв.



Роль органів влади в удосконаленні системи управління якістю медичних послуг в системі охорони здоров'я визначена не повністю. Незважаючи на постійну діяльність з удосконалення законодавчого регулювання та створення нормативно-правових документів, а саме розробці таких механізмів забезпечення та контролю якості, як наприклад, ліцензування медичних закладів усіх форм власності, акредитації медичних установ, сертифікації окремо взятих спеціалістів, тощо - питання реалізації планів в питаннях менеджменту якості в системі охорони здоров'я в Україні є досі нагальною та досить актуальною проблемою.

Пошук нових, не дорого вартісних, сучасних механізмів дозволять вивести систему охорони здоров'я в Україні на новий рівень та зможе забезпечити найбільшу цінність кожної держави – життя та здоров'я населення.

Стан впровадження основних критеріїв якості в системі охорони здоров'я в Україні спирається на частково застарівшу законодавчу базу та принципи, які на сьогодні не відповідають сучасним вимогам до оцінки якості медичних послуг. Крім того, більшість існуючих нормативних документів не виконується та мають лише формальний характер. Це спричиняє погіршення медичних послуг і створює значний суспільний запит на реформу системи охорони здоров'я. Ключову роль в забезпеченні якості в наданні якісної медичної допомоги повинні відігравати саме органи влади. Однією з ключових функцій якої є формування законодавчого підґрунтя в питаннях якості.

Мета роботи: обґрунтування необхідності впровадження законодавчих змін в оцінку критеріїв якості в сфері охорони здоров'я та визначення задоволеності населення та медичних працівників наявною системою управління якістю медичних послуг в системі охорони здоров'я, шляхів її удосконалення та покращення, аналіз впровадження можливих

стратегічних напрямків в системі охорони здоров'я та механізмів їх регулювання на державному рівні.

З метою досягнення зазначеної вище мети були запропоновані та поставлені наступні завдання:

- провести детальний аналіз поняття управління якістю в системі охорони здоров'я
- визначити стан системи управління якістю в системі охорони здоров'я на сучасному етапі;
- провести аналіз існуючого досвіду управління якістю в охороні здоров'я в інших державах;
- визначити стан задоволеності сучасною системою управління якістю в системі охорони здоров'я серед населення та медичних працівників;
- визначити можливі шляхи впровадження законодавчих змін в системі управління якістю в сфері охорони здоров'я України;
- розглянути нормативно-законодавче забезпечення управління якістю медичної допомоги в Україні;
- запропонувати нові індикатори якості в системі охорони здоров'я, а саме можливість використання індексу задоволеності (лояльності) клієнта, як одного з індикаторів якості в сфері охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження: процеси надання медичних послуг та моделі управління якістю в лікувальних закладах різних форм власності на прикладі закладів охорони здоров'я Харківської області.

Предмет дослідження: теоретико - методичні засади якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

В науковій роботі вперше висвітлено питання використання індексу задоволеності клієнта, як індикатора управління якістю в сфері охорони здоров'я України. Досліджено задоволеність населення та медичних

працівників існуючою системою управління якістю та також процесами управління якістю. Запропоновано можливі зміни до законодавчого забезпечення питань управління якістю в сфері охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. З метою досягнення визначених для кваліфікаційної роботи мети та завдань було використано цілу низку взаємопов'язаних між собою наукових методів дослідження направлених на отримання об'єктивних результатів. Використовувались такі методи, як: аналіз, опис, узагальнення, пояснення, експеримент, обґрунтування, опитування, класифікація. Такий системний підхід та використання зазначених методів став основою проведеного дослідження та дозволив більш глибоко зрозуміти окреслені питання та отримати об'єктивні результати та висновки.

Основною інформаційною базою в написанні роботи кваліфікаційної роботи та проведення дослідження стали вже існуючі в Україні нормативно-правові акти державних органів влади, дані отримані з офіційних джерел інформації, а саме, матеріали та офіційні статистичні звіти Державного комітету статистики України, основні показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я, дані Департаменту охорони здоров'я Харківської області, звіти міжнародних організацій, результати досліджень вітчизняних та зарубіжних науковців, різноманітні публікації, монографії, статті з питань управління якістю вітчизняних та іноземних авторів, матеріали наукових конференцій, електронні інтернет ресурси та ін.

Практичне значення результатів проведеного аналізу та роботи в цілому полягає в тому, що визначено один з напрямків реформування системи управління якістю в сфері охорони здоров'я, окреслено необхідні законодавчі зміни в питаннях якості та задоволеності населення в управлінні якістю, враховано особливості Харківщини і розроблено можливі варіанти законодавчих змін в питаннях управління якістю.

Особистий внесок полягає в тому, що даний магістерський проект є самостійною закінченою науковою роботою. В ході роботи було проаналізовано та виявлено існуючі прогалини в законодавстві в питаннях управління якістю в сфері системи охорони здоров'я. Шляхом проведення дослідження опитано та проаналізовано думку населення та медичних працівників в питаннях покращення системи управління якістю в сфері охорони здоров'я та розроблено механізми можливого впровадження такого індикатора якості, як задоволеність клієнта.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, переліку використаних джерел.

Обсяг роботи складає: 112 стор., 8 таблиць, 17 малюнків.

Список використаних джерел включає в себе – 72 найменування.

## РОЗДІЛ 1

### НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПИТАННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Багатогранність тлумачення поняття управління якістю

Одним з ключових питань в нашому житті, з яким ми зустрічаємось щодня та в багатьох галузях нашого життя - є питання якості. В виробництві, наданні послуг, питаннях менеджменту, інженерії та інших ланках життя ми постійно зустрічаємось з поняттям якості. Хочеться зазначити, що вже в самому слові “якість” закладене значення, яке спонукає нас думати про позитив. Це підтверджується й тим, що ніхто з виробників продукції чи надавачів будь-яких послуг не визнає з доброї волі, що надав неякісну послугу чи виробляє продукцію низької якості. Задоволеність клієнта в кінцевому етапі отримання послуги є визначальною та ключовою в питаннях якості. Однак, саме поняття “якість” в різних галузях життя використовується в дуже різноманітних значеннях та не має однозначного визначення чи тлумачення.

Нажаль, в системі охорони здоров'я в цілому в світі, не тільки в Україні, не існує міжнародного золотого стандарту оцінки рівня розвитку та порівняння якості. Ключова роль у виробленні стратегії напрямку, стандартів та оцінці якості надання медичної допомоги належить саме органам влади. Влада, як на рівні держави у цілому так і на місцевому рівні є ключовим дороговказом в розвитку надання якісних медичних послуг та їх оцінці.

Одна з найбільших людських потреб - це потреба в збереженні здоров'я, а як наслідок ця потреба може бути реалізована тільки за рахунок провадження якісних медичних послуг, оскільки сама категорія якості в охорони здоров'я цілком пов'язана зі станом здоров'я населення. Потрібно

розуміти, що задоволеність пацієнта отриманою послугою часто відрізняється від технічної результативності, як це сприймається самим фаховим надавачем цих послуг. Однак, саме задоволеність пацієнта, як клієнта сфери надання медичних послуг, може слугувати важливим індикатором якості надання послуг, на відміну від існуючих реалій, коли думка пацієнта, на жаль, досі не враховується при формуванні індикаторів якості.

Одним з індикаторів надання медичної послуги є її результат. Такі результати, як одужання від певного захворювання, відновлення втраченої чи обмеженої функції та виживання часто використовуються як індикатори якості. Використання таких позитивних результатів, як критерія якості дає багато переваг, однак не може слугувати єдиним індикатором успішності та якості, оскільки має й певні застереження. Отриманий результат послуги, в нашому випадку надання саме медичної послуги, не завжди є справді релевантним критерієм вимірювання. Інколи, отриманий результат не є релевантним. З метою підтвердження цього твердження можна розглянути приклад, коли виживання є критерієм успіху, однак він не може використовуватись, як критерій успіху в тих ситуаціях, що не є фатальними, однак такими, що створюють субоптимальне здоров'я, значно погіршують якість життя чи призводять до каліцтва. Навіть в тих ситуаціях, коли результат є релевантним і релевантний результат обрано в якості критерію, треба приймати до уваги певні обмеження та фактори, які можуть впливати на цей результат. Окрім того, того під час отримання кожного такого позитивного результату надання послуги окрему роль хочеться надати задоволеності самої людини цим результатом, оскільки оцінці задоволеності приділяється недостатньо уваги.

Аналіз наведених ситуацій та прикладів демонструє нам, що якість у системі охорони здоров'я є багатовимірною, а самі питання якості стають

найбільш необхідними та досліджуваними об'єктами в сфері охорони здоров'я.

Питаннями якості в системі охорони здоров'я займалось та займається велика кількість дослідників в усьому світі. Провівши аналіз більш ніж 60 літературних джерел виявлено, що питанням якості та правилам поведінки лікаря приділялось досить багато увагу ще в стародавні часи, починаючи з часів запровадження медицини, як окремої науки. Відомо, що питання якості надання медичною допомогою висвітлювались в канонах лікування давньої Греції, Індії, Японії, Персії, Китаю та інших. Зустрічаються вони в працях Авіценни та всім відомий клятві Гіппократа. З плином часу питанням якості в галузі охорони здоров'я приділялось все більше уваги, оскільки дослідники підтвержували доцільність та необхідність вивчення даної теми. З різноманітних літературних джерел видно, що перші вимоги саме до питань якості надання медичних послуг з'явилися близько 2 тис. років до н.е. Так, ще в стародавніх законах вавилонського царя Хаммурапі були висвітлені питання необхідності дотримання санітарного благополуччя та забезпечення населення.

Історичне значення у визначенні питань якості мали наступні нормативні документи: доповідь А.Флекснера «Рух до підвищення медичних стандартів» (1910). Велике значення в трактуванні питань якості приділяється й першим стандартам надання медичної допомоги, які були висвітлені в 1917 році Американським хірургічним коледжем. Саме завдяки роботам Американського хірургічного коледжу були вперше опубліковані «Мінімальні стандарти до лікарень», де висвітлювались питання роботи самих медичних працівників з метою надання якісних медичних послуг та основні тези стосовно якісної роботи медичної установи в цілому.

Провівши аналіз літературних джерел видно, що більшість з дослідників, які займалися питаннями якості в сфері охорони здоров'я прийшли до висновку, що якість в сфері охорони здоров'я поняття

неоднозначне, багатогранне та комплексне. Окрім того, воно має виділені окреслені компоненти, які не можуть існувати окремо.

Серед зарубіжних дослідників, які займались питаннями управління якістю надання медичних послуг в системі охорони здоров'я найбільша роль належить А. Donabedian, Vuori X. V., Maxwell R.J. Істотна роль у вивчення питань якості в Україні належить Степаненко А.В., Морозов А.М., Нагорна А.М., Бондар В. П., Базилевич В. Д., Бакуменко Т. Д., Бахтеева Т. Д. та інші.

Категорії якості надання медичної допомоги за різними авторами має велику кількість складових, які найчастіше різноманітні та відрізняються між собою. Наприклад, Аведіс Донабедіан, який був лікарем та вважається засновником досліджень в сфері питань якості в галузі охорони здоров'я, розробив так звану Донабедську модель якісної допомоги. Згідно "Donabedian model" (1966 рік) якість медичної допомоги складається з трьох основних компонентів: якість структури, якість процесу та якість результату. Згідно твердження А. Донабедіана, структура включає в себе саму організацію надання медичної допомоги, людські та різноманітні матеріально-технічні ресурси. Процес, згідно визначеної моделі - це сама медична допомога, виконання лікувально-діагностичних процедур відповідно до клінічних настанов, протоколів і стандартів; а результат - це те, що відбувається з пацієнтом після надання допомоги (наприклад, розвиток ускладнень, інвалідизація, летальність і тривалість перебування на ліжку, задоволеність лікуванням, якість життя). Модель Донабедіана містить наступні складові (1968): результативність, ефективність або економічність, оптимальність, тобто оптимальне співвідношення витрат і отриманих результатів в поліпшенні здоров'я, сприйнятливність, законність, тобто відповідність соціальним пріоритетам, вираженим в етичних принципах, законах, нормах, правилах та справедливність, тобто доступність для різних верств населення [6, 68, 69].



Досить високі критерії в системі охорони здоров'я теж можуть мати свої негативні наслідки. Аналізуючи цю думку, в питаннях якості в системі охорони здоров'я виникла інша концепція, відома, як концепція оптимальної якості. Дана концепція була розроблена відомим дослідником та експертом в питаннях якості в системі охорони здоров'я Хану Вуорі. Згідно його поглядів підвищення якості обходиться закладу охорони здоров'я та державі у цілому відносно дешево на початку впровадження самої моделі, однак існує високий ризик того, що з подальшим зростанням якості витрати на нарощування ресурсів зростають та подальше зростання може досягти того моменту, що це призведе до зниження якості. Вуорі (1982) запропонував наступні характеристики якості медичної допомоги: ефективність, економічність, адекватність та науково-технічний компонент. У даній моделі ефективність - це співвідношення між фактичним і максимальним впливом медичного обслуговування на стан здоров'я, який вона може здійснити в ідеальних умовах); економічність - співвідношення між фактичним впливом медичного обслуговування і його вартістю; адекватність - відповідність фактичного обслуговування потребам населення; а науково-технічний рівень - рівень застосування сучасних медичних знань і технологій. Оптимальна якість, згідно Вуорі визначається тим, що користь від послуг перевищує їх вартість і відповідає раціональному використанню ресурсів [10, 32].

Ще одним відомим дослідником в питаннях якості медичної допомоги в сфері охорони здоров'я є Роберт Максвелл. Р. Максвелл під тлумаченням якості медичних послуг розумів відповідність не тільки певним індикаторам, стандартам та відсутність негативних наслідків після надання медичних послуг, але й віддавав велике значення поняттям економічності наданих послуг та орієнтації на споживача. В даній концепції орієнтація на споживача - це і є задоволеність, тобто його задоволеність у цілому та задоволеність його потреб. Роберт Максвелл (1992) визначив основні шість

аспектів якості медичної допомоги. Поняття про дані аспекти можна визначити шляхом питань, які допомагають визначити та розширити поняття "якість" [61, 71].

Таблиця 1.1

Визначення та питання, які допомагають визначити поняття якості в сфері охорони здоров'я за Р. Максвелом [40, 61, 71]

№	Поняття	Ключові питання?
1	2	3
1.	Ефективність	Чи надане лікування є найкращим з усіх доступних, на думку тих, хто може це оцінити? Які докази цього? Який загальний результат лікування?
2.	Прийнятність	Наскільки гуманно і уважно здійснюється це лікування/надається послуга? Що пацієнт про це думає? Що буде думати або думає про це третя сторона? («Що би я відчував, якби це була моя найближча і найдорожча людина?»). Чи дотримано приватність та конфіденційність?
3.	Результативність	Чи отримано максимальний результат відповідно до понесених витрат? Або навпаки – наскільки мінімізовані витрати у співвідношенні до отриманого результату? Яка собівартість послуги у порівнянні із собівартістю аналогічної послуги в інших провайдерів?
4.	Доступність	Чи можуть люди отримати лікування/сервіс, коли їм це потрібно? Чи існують якісь визначені перешкоди для обслуговування – наприклад, відстань, неможливість здійснити оплату, списки очікування, час очікування або зриви у наданні послуг?

Продовження табл. 1.1

1	2	3
5.	Справедливість	<p>Чи є лікування цього пацієнта або групи пацієнтів справедливим в порівнянні з лікуванням інших?</p> <p>Чи існують певні недоліки в справедливості – наприклад, чи надаються послуги деяким людям менш доброзичливо або не в той спосіб, аніж іншим?</p>
6.	Відповідність	<p>Чи є загальна модель та баланс послуг найкращим, що може бути досягнуто, з урахуванням потреб та бажань населення в цілому?</p>

Сучасні визначення та поняття якості в системі охорони здоров'я, а також приклади засновані на світовому досвіді, демонструють нам, що найкращого результату можна досягти завдяки використанню одного з найдієвіших методів управління якістю - методу загального (всеосяжного) управління якістю — total quality management (TQM).

Даний метод використовується досить широко починаючи ще з кінця 80-х років ХХ століття. Він був досліджений та описаний в працях таких дослідників, як: Е. Лемінга, Дж. Юрана та Ф. Кросбі.

Суть метода можна наглядно побачити в розробленому Е.Демінгом інструменті, який представляє собою коло або “петля (спіраль) якості”.

Цикл представляє собою послідовне використання та дослідження таких понять, як планування, виконання, перевірка та реалізація у вигляді кола. Саме тому цикл “планування - виконання - перевірка - реалізація” має назву - “колесо Демінга”. Основна мета даного циклу полягає в тому, що незалежно від етапу впровадження системи менеджменту якості, система повинна проходити всі зазначені фази послідовно з певною повторюваністю [61].

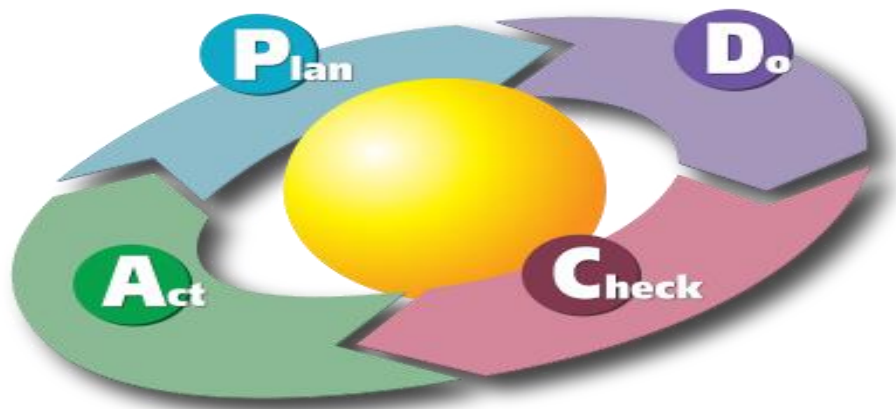


Рис. 1.1. Цикл PDCA (Plan-Do-Check-Act)

Використання філософії Total Quality Management зарекомендувала себе, як одна з найкращих та наглядно продемонструвала свою ефективність на підприємствах Японії та США. Відомо, що Японія, яка першою почала використовувати принципи цього методу у виробництві, досягла одного з домінуючих положень в показниках вироблення якісної продукції та в питаннях управління якістю. Хочеться підкреслити, що основна суть філософії TQM полягає в роботі над покращенням якості не тільки самої продукції, а й покращенні організації роботи закладу або підприємства, включно з показниками роботи працівників та всього персоналу.

Робота над постійним удосконаленням основних складових якості, а саме якістю продукції, якістю організації процесів та якістю рівня кваліфікації персоналу дозволяє покращити результат роботи закладу у цілому та є стартом для ефективного розвитку підприємства. В свою чергу покращення цих основних складових є основою покращення фінансових та економічних показників. В даному випадку якість визначається такими категоріями, як: ступінь реалізації вимог клієнтів, фінансові показники організації та рівень задоволеності працівників організації своєю роботою.

Демінг розробив ще один інструмент у визначенні поняття якості, це, так звана, «формула 98/2», яка також може бути використана для аналізу показників системи управління якістю в сфері охорони здоров'я. Згідно

зазначеної формули Демінка, 98% проблем, пов'язаних з низькою якістю надання послуг, в різних сферах, включно зі сферою охорони здоров'я, залежать не від конкретних виконавців, в нашому випадку не від медичних працівників, а від організації самої системи, яка найчастіше організована недосконало. Саме тому сили, які витрачаються на подолання лише 2% прогалин використовуються нераціонально. Цей приклад зустрічається в сфері охорони здоров'я досить часто, адже найбільше звинувачень у зв'язку з низькою якістю медичної допомоги отримують звичайні працівники, такі як лікарі та медичні сестри, пояснюючи недостатньою кваліфікацією, слабкими знаннями та недостатнім володінням практичними навичками, не бачачи, що суть проблеми знаходиться в недосконалій організації самих процесів надання допомоги. Неefективно витратити зусилля на подолання 2% причин (найпоширеніший спосіб — покарання винних) порівняно із впливом на решту 98% чинників, що є системними [61].

Отож, як видно з наведених прикладів, методи оцінки та управління якістю, які раніше використовувались тільки в промисловому виробництві, тепер активно використовуються і в інших сферах життя людини. Крім того, пацієнт з галузі сфери охорони здоров'я займає нову, більш властиву йому роль в результаті надання послуги - роль клієнта. Звісно частину з наведених інструментів та інструментів, які використовуються в підприємстві для оцінки критеріїв якості досить важко адаптувати в галузі охорони здоров'я, однак аналіз джерел демонструє нам досить успішне перенесення принципів в медичну галузь. А принципи оцінки задоволеності клієнта грають одну з ключових ролей в забезпеченні якості.

Питання якості розглядаються і стратегічних документах спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я більшості Європейських країн. Частина критеріїв та основні напрямки розвитку викладені в наступних стратегічно важливих для розвитку Європейської системи охорони здоров'я документах: Люблянській хартії (1996),

«Здоров'я населення в Європі» (1997), «Досягнення здоров'я для всіх у 21-ому сторіччі» (1998), «Здоров'я-21: Основи політики і досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ» (1999) та інших.

Всесвітня організація охорони здоров'я відіграє велику роль у визначенні питань якості та аналізу основних показників управління якістю в системі охорони здоров'я приділяє. Основна діяльність ВООЗ направлена на допомогу впровадження програм по забезпеченню подолання основних прогалин в системі охорони здоров'я різних країн та підвищення ефективності в системі охорони здоров'я.

Сучасний термін "якість в охороні здоров'я", сформульований Інститутом медицини в звіті *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press; 2001 [61].

Якість в охороні здоров'я – це межі, в яких надаються послуги охорони здоров'я окремим особам та населенню з метою отримання бажаних результатів і які визначаються сучасними професійними знаннями.

Дане визначення демонструє нам основні елементи, в які закладено поняття якості в охороні здоров'я. Складові якості в системі охорони здоров'я представлені на рисунку 1.2.



Рис. 1.2. Складові якості в системі охорони здоров'я [21, 61]

Кожен з наведених елементів оцінюється відповідно наведених нижче тлумачень та значень:

- безпека – уникати завдання шкоди пацієнтам при наданні допомоги;
- ефективність – надавати послуги, що базуються на наукових знаннях, уникаючи недовикористання та перевикористання послуг;
- орієнтованість на пацієнта – надавати допомогу, що поважає та відповідає особистим вимогам, потребам та цінностям пацієнта;
- вчасність – скорочувати час очікування та затримки як для тих, хто надає, так і для тих, хто отримує медичну допомогу;
- раціональність – уникати марнування обладнання, ресурсів, ідей та енергії;
- справедливість – надавати допомогу, що не змінюється у якості в залежності від особистих характеристик пацієнта (стать, расова та етнічна належність, географічне проживання та соціально-економічний статус) [21, 61].

Зважаючи на всі наведені поняття та визначення, якісна медична допомога повинна забезпечувати конкретні результати згідно потреб у здоров'ї населення, на сам перед, через раціональне, ефективне та економне ефективне використання ресурсів надавачами медичної допомоги.

## **1.2. Основні механізми забезпечення якості в системі охорони здоров'я України та інших держав**

Для усіх існуючих сучасних моделей охорони здоров'я виділяють, щонайменше 5 основних механізмів, які є ключовими в забезпеченні надання якісних медичних послуг та якісної медичної допомоги. До цих основних п'яти елементів відносяться:

1. Обов'язкове ліцензування медичних закладів.

2. Акредитація медичних закладів та їх сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними).
3. Стандартизація (зазвичай у національних стандартах і клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв — обов'язкові й бажані)
4. Контроль якості, який передбачає внутрішній та зовнішній аудит.

Аналізуючи дані механізми в забезпеченні якості, можна зазначити, що наведені вище механізми реалізовані в Україні, однак відсоток їх реалізація дещо відрізняється між собою та відрізняється від аналогічних механізмів в частині Європейських країн.

Так, механізм ліцензування повністю регламентований законодавством та поширюється на заклади охорони здоров'я всіх форм власності, включно з фізичними особами - підприємцями, які проводять господарську діяльність з медичної практики. Потрібно зазначити, що такий вільний доступ до ліцензування став можливий завдяки впровадженню законодавчих змін після впровадження основних засад реформи в охороні здоров'я, починаючи з 2018 року. Сама наявність можливості отримання ліцензії на провадження практики в нашій державі, не завжди підкріплюється поняттям надання саме якісних медичних послуг, оскільки отримання ліцензії в Україні представлено лише механізмом надання переліку певних видів документів до відповідного відділу в Міністерстві охорони здоров'я, а перевірка достовірності наданих даних відбувається рідко або не відбувається взагалі, під час отримання самої ліцензії. Ліцензування медичної практики в нашій державі гарантує лише мінімальні стандарти для безпеки пацієнта, наявність відповідності таблицею оснащення. Звісно, використання такого підходу мінімізує ризики для здоров'я населення але не забезпечує можливість їх відсутності. Це є проблемою та викликом одночасно, оскільки на сучасному етапі держава просто не має ресурсу не матеріального, не людського, для аналізу та контролю відповідності наданих документів реальному стану речей.



Якщо механізм ліцензування покликаний забезпечити не стільки якість, як можливість проведення самої практики, то інший механізм, а саме акредитація медичних закладів, покликаний забезпечити покращення принципів якості в сфері охорони здоров'я в Україні та націлений на дотримання стандартів. В провадженні акредитації теж існують певні прогалини. Існуюча в нашій державі система акредитації та основні її положення, які використовуються при набутті закладом тієї чи іншої категорії, чітко прописані та регламентовані законодавчо. Однак серед існуючих наразі критеріїв не передбачено показників або чітко визначених критеріїв, які б мали змогу оцінити показники задоволеності пацієнта, а також не демонструють оцінку індикаторів якості, які б відображали відповідність медичним стандартам та клінічним протоколам, основаним, зокрема, на сучасні стандарти доказової медицини, що використовується в більшості країн світу.

Ще однією прогалиною в питаннях якості в системі управління якістю і Україна є відсутність окремої організації, основна роль якої була б покладена на визначення необхідних індикаторів якості та подальшому їх контролю. Практика існування окремого органу з питань оцінки певних індикаторів якості, що визначені законодавчо існує у цілому ряду країн. Наприклад у Великій Британії цими питаннями займається United Kingdom Accreditation Forum (UKAF). Це волонтерська організація National Health Service (NHS) - Національна служба охорони здоров'я Великобританії, аналогу НСЗУ в Україні. Вона є підзвітна уряду. Основну частину фінансових надходжень до NHS є надходження від податків, що складає майже 90% бюджету охорони здоров'я. Однак, за допомогою NHS держава має змогу надавати безкоштовну медичну допомогу спираючись на потреби пацієнта, а не на кількість та суму його відрахувань. Фінансування за рахунок загальних податкових зборів забезпечує 82% витрат на утримання установ NHS і 100% зарплати лікарів, медсестер та незалежних лікарів

загальної практики. Додаткові джерела фінансування NHS (18%) представлені добровільними пожертвами, державним страхуванням, комерційною діяльністю установ NHS. Дана структура дуже перекликається з наявною у нашій державі Національною службою здоров'я, яка має схожі цілі та повноваження. У нашій державі НСЗУ не займається питаннями акредитації медичних установ, однак певною мірою впливає на покращення якості медичної допомоги шляхом чіткої специфікації надання медичних послуг. Подібні організації, які мають вплив на формування якісних медичних послуг, існують і в інших державах Європи. Так, у Франції це - HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна публічна наукова організація); а у США - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (ЖСАНО; національна некомерційна організація) [39].

Сильні та слабкі сторони медичних систем з оцінкою питань якості в системі охорони здоров'я можна розглянути на прикладі Сполучених штатів Америки та Великобританії.

Наприклад, медична система Великобританії є сильнішою в механізмах справедливості та низьких затрат. В системі охорони здоров'я даної держави ми можемо бачити достатній баланс між певними послугами, які надає первинна ланка медичної допомоги та іншими ланками. Такий баланс є обгрунтованим, коли ми маємо обмежені ресурси, особливо у випадках обмежених матеріальних ресурсів. В цих випадках основною метою є використовувати обмежені ресурси більш ефективно у належний спосіб. На відміну від жителів Сполучених Штатів Америки, громадяни Великобританії, де якість медичної допомоги контролюється Національною Службою здоров'я, отримують більш консервативні послуги, які крім того, є менш пацієнт орієнтованими та менш дружні до самих споживачів цих послуг (вимір «прийнятність»). Але все це виправдовується тими ресурсами, які влада та держава можуть витратити на систему охорони здоров'я.

Більш детальне порівняння систем якості охорони здоров'я США, Великобританії та України представлені у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Порівняння якості систем охорони здоров'я в США, Великобританії та Україні

Критерій	США	Великобританія (ВБ)	Україна
1	2	3	4
Ефективність	Для багатьох технічних процедур система США випереджає своєю винахідливістю інші країни світу та є більш технічно оснащеною	Система є більш консервативна, менш залучена до технологій порівняно з США, однак ефективність від цього не страждає	Україна знаходиться на шляху покращення технологічного забезпечення, однак рівень досить високий
Прийнятність	Значно випереджає Великобританію та інші країни в розділі орієнтованості на споживача - наприклад, пояснення, зручності і т.д	Роль споживача є значущою, однак надання послуг спитається на чіткі протоколи, де залученість самого споживача не є ключовою	В Україні орієнтація на споживача тільки впроваджується
Результативність	Система може бути дуже ефективною на інституційному рівні, але надзвичайно марнотратною на системному рівні	Система витрачає в половину менше на душу населення порівняно з системою охорони здоров'я США	Має обмежений фінансовий ресурс порівняно з наведеними системами
Доступність	Недоліком системи США є бар'єр оплати, що впливає на не застрахованих людей	У Великобританії недоліком є очікування планового лікування та деяких інших, наприклад геріатричних послуг	В порівнянні з США та ВБ система, що впроваджується в Україні є більш доступною, оскільки має на меті впровадження програми Державних медичних гарантій, де держава є страховиком. Нерозвинений ринок приватного страхування та співоплат.

Продовження табл. 1.2

1	2	3	4
Справедливість	Всі не застраховані особи можуть зіткнутись з фінансовою скрутою, якщо їм потрібна медична допомога через надзвичайно велику вартість послуг	Система Великобританії є більш справедливою стосовно осіб, у яких немає медичної страховки	Передбачено безкоштовне надання медичних послуг згідно програми державних медичних гарантій, як в невідкладних станах так і при плановому лікуванні. Окрім того, надана можливість отримати платні послуги
Відповідність	Незважаючи на те, що система США має високий рівень забезпечення та чутлива до попиту, вона сильно перехилина в бік лікування гострих станів.	Система Великобританії є більш збалансованою і сильнішою в первинній ланці та догляді пацієнтів з хронічними хворобами	Впровадження змін в системі направлене на збільшення акценту на первинну ланку з одночасним посиленням якості надання спеціалізованих медичних послуг у відповідних закладах

Наступним механізмом в забезпеченості якості надання медичних послуг в галузі охорони здоров'я є - стандартизація. Основним стандартом в медичній галузі України, який існує наразі, є національний стандарт ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) “Системи управління якістю у сфері охорони здоров'я”, прийнятий методом перекладу, ідентичний щодо EN 15224:2016 (версія en) Quality management systems — EN ISO 9001:2015 for healthcare.

Даний стандарт належить до великої родини стандартів ISO. Хочеться зазначити, що Міжнародна організація зі стандартизації (англ. International Organization for Standardization, ISO) – це недержавна організація, яка користується консультативним статусом в ООН. ISO розробляє стандарти у

всіх галузях діяльності, у тому числі, у сфері управління та менеджменту. Україну в ISO з 1993 р., а як члена Ради ISO - з 2004 р., представляє Державний комітет України з питань технічного регулювання та споживчої політики. Існування самої організації є вдалим прикладом, коли не законодавча база, а саме не державний орган регламентує основні критерії в питаннях якості. Стандарти ISO призначені для регулювання відносин між виробником і споживачем наданих послуг на основі попередньої оцінки здатності надавача або виробника гарантувати необхідну споживачеві послуг якість. Незважаючи на наявність цілою низки стандартів в питаннях надання медичних послуг, ключовим інструментом в забезпеченні якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я України залишаються - накази Міністерства охорони здоров'я України та існуючі документи в системі управління якістю.

Ще одним дієвим механізмом в питаннях контролю управління якістю надання медичних послуг в системі охорони здоров'я є аудит, а саме клінічний аудит. Вперше даний механізм контролю та покращення якості надання медичних послуг запропонували використовувати у Великобританії. За останні 30 років цей механізм стає все більш популярним у більшості країн світу, оскільки має незначну вартість, однак довів свою ефективність.

Клінічний аудит, як метод забезпечення надання якісних медичних послуг поділяється на внутрішній та зовнішній. Зовнішній аудит проводиться відповідними організаціями та агенціями на рівні держави, на відміну від внутрішнього аудита, який є досить значущою складовою покращення якості та проводиться безпосередньо представниками команди, працівниками лікувального закладу. Саме зацікавленість працівників установи, фінансова та інші види мотивації, дозволяють покращити належну якість надання медичної допомоги. Наприклад, у Великобританії участь всіх практикуючих лікарів у внутрішньому аудиті є обов'язковою

складово їх роботи, на відміну від США, де клінічний аудит розвинутий не настільки.

Основним завданням, яке покладено на клінічний аудит в покращенні якості надання медичної допомоги - є провести порівняння існуючої клінічної практики в закладі з найкращими передовими практиками в удосконаленні медичних послуг. В ході проведення аудиту для оцінки можуть бути винесені показники самого процесу надання медичної допомоги або його результату, в залежності від завдання, яке було сформовано та поставлено перед самим аудитором. Дана оцінка здійснюється завдяки наявності відповідних критеріїв, які покликані продемонструвати що потрібно зробити, щоб досягти необхідних показників та відповідати найкращим практикам. Прикладом такого аудиту можуть слугувати критерії якості надання медичних послуг в лікуванні пацієнтів з цукровим діабетом. Основним критерієм якості лікування у цьому випадку слугуватиме - показник досягнення оптимального цільового рівня глюкози крові або глікованого гемоглобіну, а відповідатиме йому такий індикатор якості, як “відсоток пацієнтів, які досягли цільового рівня показників глюкози крові або глікованого гемоглобіну”. Потрібно зазначити, що за результатами проведеного клінічного аудиту завжди можна відслідкувати кореляцію з умовами медичної практики та ресурсним забезпеченням, самим медичним закладом та певною групою пацієнтів. Аудит, як моніторинг показників може використовуватись періодичним, а може бути безперервним. Він може бути направленим на аналіз та виявлення конкретних проблем, які хочеться дослідити або бути застосованим відповідно до контролю певних ключових напрямків роботи.

Наведені вище механізми регулювання якості в системі охорони здоров'я покладені в основу формування сучасної стратегії розвитку систем управління якістю в сфері охорони здоров'я та оцінки медичних технологій. Дані отримані в процесі такою оцінки збираються, систематизуються та

аналізуються, що в подальшому спонукає до формулювання принципів надання безпечної медичної послуги орієнтованої на пацієнта.

Існуючі в цілому ряді країн окремі інституції несуть ключову роль в формуванні даних принципів. Даними питаннями займається міжнародна агенція оцінки медичних технологій - International Network of Agencies for Health Technology Assessment — INAHTA, державні органи Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ NIH), Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI), основною метою яких є - покращення якості та актуальності наявних доказів, щоб допомогти пацієнтам, медичним працівникам, роботодавцям, страховим компаніям та політикам приймати більш обґрунтовані рішення щодо охорони здоров'я. Дані організації працюють над удосконаленням питань якості в США та в усьому світі.

В Великій Британії питаннями якості займається досить відома в усьому світі організація з розробки клінічних настанов — Національний інститут клінічної досконалості (National Institute for Clinical Excellence (NICE)). Це - окрема незалежна організація, яка має окреме фінансування із держбюджету. Замовником її робіт є міністерство охорони здоров'я та національна служба. Для розуміння на її утримання держава витрачає біля 70 млн. фунтів стерлінгів щорічно, а штат організації складає біля 450 основних співробітників та біля 3000 позаштатних експертів. Основною метою створення та функціонування такої установи є не тільки розробка основних протоколів лікування та клінічних настанов, а й розробка рекомендацій для організації системи охорони здоров'я в цілому та оцінка клінічної ефективності та витрат, які йдуть на лікування певних нозологій та логістику роботи медичних структур, тощо. Для оцінки використовується так званий індикатор користі медичних втручань для здоров'я пацієнтів. Даний показник розраховується шляхом оцінки витрат на один збережений рік якісного життя (QALY). За даними аналізу, якщо витрати на втручання за показником QALY складають менше 20 тис. фунтів стерлінгів - таке

втручання, скоріш за все, буде прийнятим, впровадженим та профінансованим, а якщо даний показник перевищить 30 тис. фунтів стерлінгів - даний вид лікування чи втручання навряд буде врахованим та схваленим.

Ще одним прикладом залучення механізмів оцінки основних критеріїв якості може слугувати Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), яка для розробки індикаторів якості використовує такі дані, як оцінка ряду показників первинної медичної допомоги, показники госпіталізації та спеціалізованих реєстрів, ряд даних серед призначених медичних засобів, показники смертності та, що не менш важливо, дані досліджень досвіду пацієнтів.

В Україні наразі не існує подібної установи, а оцінка показників витрат не регламентована законодавчо та не використовується на державному рівні. Наявність організацій, подібних до NICE та оцінки показників витрат демонструє нам підтвердження того факту, що якість має свою ціну і ця ціна повинна бути розрахованою, оптимальною та демонструвати думку всіх зацікавлених сторін.

### **1.3. Ключові стейкхолдери в питаннях якості в системі охорони здоров'я**

Як було зазначено вище, управління якістю надання медичних послуг в сфері охорони здоров'я складається з основних 3 видів діяльності. Серед яких можна виділити: створення якості, поліпшення якості та контроль рівня якості. Сюди входять всі підходи та механізми покращення якості, такі як: розробка стандартів, аудит, моніторинг, самооцінка, зворотний зв'язок, оцінювання якості, процес змін та дії менеджменту.

Аналіз нормативно-правового регулювання та забезпечення питань якості та положень ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) "Системи



управління якістю у сфері охорони здоров'я” повною мірою демонструють нам, що вимоги до характеристик якості можуть висуватися і висуваються різними зацікавленими сторонами (стейкхолдерами).

Основні стейкхолдери в питаннях якості представлені на рисунку 1.3.

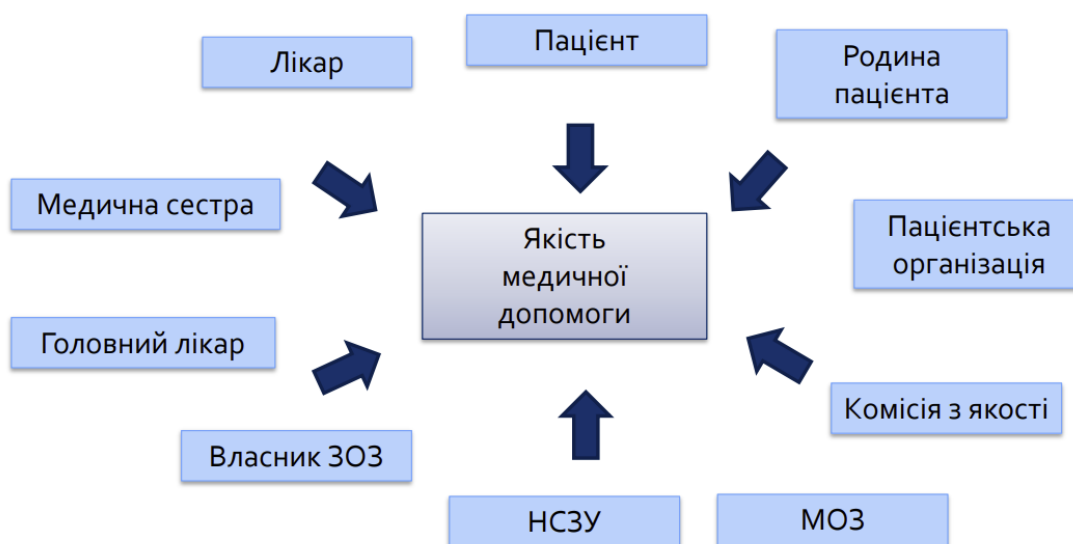


Рис 1.3. Основні стейкхолдери в питаннях якості в сфері охорони здоров'я

Потрібно зазначити, що робота над впровадженням основних ключових елементів якості повинна відбуватись на кількох рівнях. Ці рівні частково розведені та частково поєднуються між собою та представлені наступними щаблями у вигляді піраміди, де на верхівці міститься національний рівень з механізмами впровадження змін до законодавства та впровадження стратегій розвитку політики в системі управління якістю. Сюди ж відноситься регулювання й нагляд, публічна звітність, зовнішнє оцінювання та акредитація. Проміжні щабліни в провадженні рівнів якості мають регіональний рівень, рівень спільноти та інституційний рівень. Вони представлені цілями та стандартами, визначенням порівняльних показників, освітою та підвищенням інформованості населення, різноманітними

стимулами та традиційними функціями в сфері забезпечення якості. А в основі даної піраміди знаходиться індивідуальний рівень. Що дозволяє звернути окрему увагу на навчання пацієнтів, професійне оцінювання медичних працівників та спільне прийняття рішення в подальшій тактиці ведення людини (між медичним працівником та людиною).



Рис. 1.4. Рівні впровадження якості медичної допомоги

Усі ці рівні мають свої функції, за якими міститься і певна відповідальність. Так само, як і кожна з зацікавлених сторін, тобто кожний стейкхолдер системи охорони здоров'я, а саме: держава, лікувальна установа, медичні працівники, пацієнти, мають свої функції та обов'язки задля якості охорони здоров'я, у кожного на своєму рівні [61].

Детальний аналіз зацікавлених сторін з основними вимоги до питань якості та об'єктами, які можуть бути досліджені в питаннях якісного надання медичних послуг в сфері охорони здоров'я в Україні продемонстровані в таблиці 1.3

Таблиця 1.3

Зацікавлені сторони, вимоги та об'єкти в питаннях якості в сфері  
охорони здоров'я в Україні

Зацікавлені сторони	Вимоги	Об'єкт, якість якого досліджується
1	2	3
Пацієнт	Досягнення позитивного кінцевого результату лікування.  Задоволеність від отриманої медичної допомоги	Медична послуга.  Медична допомога населенню
Медичні працівники	Досягнення позитивного кінцевого результату лікування пацієнта.  Задоволеність умовами праці, корпоративними стосунками, можливістю професійного зростання, професійною безпекою, винагородою за якісну працю	Медична допомога конкретному пацієнту.  Організація діяльності
Адміністрація закладу охорони здоров'я	Поліпшення стану здоров'я контингенту населення, яке обслуговується; оптимальний обсяг використання ресурсів; постійне поліпшення якості лікувально-діагностичного процесу; відсутність дефектів; задоволеність пацієнтів, власників компанії, вищих органів управління	Діяльність структурного підрозділу, закладу охорони здоров'я.  Діяльність лікаря (медичного працівника).
Власники компанії, вищі органи управління	Медико-соціальна ефективність.  Медико-економічна ефективність	Медична допомога населенню.  Діяльність закладів охорони здоров'я

Продовження табл. 1.3

1	2	3
Громадські асоціації. Страхові компанії, Постачальники ресурсів	Досягнення позитивного кінцевого результату лікування. Додержання стандартів медичної допомоги. Відсутність дефектів лікування і скарг від пацієнтів  Дотримання укладених угод	Медична послуга, лікувально-діагностичний процес

Основною зацікавленою стороною в даній системі є перш за все пацієнт, тобто особа, яка безпосередньо звертається за медичною допомогою. Крім того, до зацікавлених сторін необхідно віднести всіх медичних працівників та працівників робота яких пов'язана з закладами охорони здоров'я, керівників всіх рівнів у сфері охорони здоров'я, безпосередніх керівників закладів охорони здоров'я всіх форм власності, власники приватних закладів або інвестори, пацієнтські організації. Також до ключових стейкхолдерів повинні бути віднесені постачальників ресурсів для медичних закладів, суспільство та держава в цілому [15, 28, 31, 34]. Саме потреби всіх цих, зовсім різних за своєю суттю та змістом зацікавлених сторін і обумовили існування численних визначень поняття якості [25].

### Висновки до розділу 1

1. Аналіз наукових джерел та нормативно - правової бази демонструє, що проблема якості надання послуг в галузі охорони здоров'я є актуальною не тільки в Україні, а й в цілому ряді країн світу вже тривалий проміжок часу та залишається такою наразі. Це підтверджується великою кількістю досліджень та публікацій.

2. Якість не може бути досягнута тільки шляхом перевірки результату в кінці виробничого процесу, вона не може бути встановлена

зверху. З розвитком суспільства змінюються вимоги до рівня якості медичної допомоги. Більшість країн світу приділяють велику увагу проблемам якості в охороні здоров'я, що викликано підвищенням вимог населення до покращення якості. Це підтверджується створенням цілого ряду інституцій, основною метою роботи яких є аналіз показників якості, розробка та впровадження нових індикаторів якості.

3. Якість - це багатогранне, комплексне поняття та результат спільних прагнень і спільних зусиль усіх стейкхолдерів. Результатом роботи всіх зацікавлених сторін є формування медичної допомоги, яка надається у скоординований спосіб, реагуючи на потреби та переваги користувачів послуг, а також направлена на максимально можливе зменшення шкоди та ефективного використання матеріальних ресурсів. Впровадження таких інструментів, як доказова медицина, стандартизація медичних послуг, організаційні технології - є ключовими в питаннях управління системою якості в сфері охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПИТАНЬ ЯКОСТІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА РОЛІ ОРГАНІВ ВЛАДИ В ЇЇ УДОСКОНАЛЕННІ

#### 2.1. Дослідження стану законодавчого регулювання основних механізмів якості системи охорони здоров'я

Основна з головних ролей в розробці політики по відношенню до формування питань якості в системі охорони здоров'я – це створення законодавчого та нормативно-правового підґрунтя для забезпечення надання саме якісної допомоги населенню.

Детальний аналіз нормативної бази, яка була розроблена та продовжує формуватися в Україні, демонструє нам, що в питаннях державного регулювання якості одна з основних ролей та пріоритетність надається механізмам контролю та обмежень. Правила ліцензування господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, акредитація закладів охорони здоров'я, атестація/сертифікація медичного персоналу, стандартизація медичних послуг – демонструють нам ці механізми [12, 21].

Однак, всі ці питання, починаючи від отримання ліцензії закладом охорони здоров'я до безпосередньої сертифікації медичних працівників не завжди гарантує нам отримання пацієнтами якісної медичної допомоги, а поняття сертифікації та компетентності медичних працівників не завжди тотожні та можуть бути порівняними. Наявність сертифікату не характеризує працівника, як компетентного. В той же час є велика кількість компетентних працівників, які можуть не мати сертифікату. Все це підтверджує нам необхідність ще більш змістовної роботи органів влади над питаннями стандартизації надання медичної допомоги та питаннями якості в сфері охорони здоров'я.

Хотілося б звернути увагу на те, що майже всі держави, які є членами ВООЗ займаються питаннями стандартизації. Це допомагає вирішити цілу низку питань пов'язаних з доцільністю та ефективністю використання ресурсів, а також питаннями управління витратами. Проте, попри багаторічну роботу цілого ряду різних структур в нашій державі, як державних так і недержавних, ми все частіше помічаємо, що система стандартизації, яка використовувалась тривалий час в Україні і від часті використовується зараз, більш схожа на артефакт, що значно відрізняється від більшості європейських держав, оскільки там стандартизація давно стала золотим стандартом в наданні послуг в державі.

Вперше над питаннями медичної стандартизації почати працювати ще наприкінці 80-х - початку 90-х років. На той час деякими спеціалістами обласного рівня були запропоновані, розроблені та в подальшому провадженні певні стандарти в питаннях діагностики та лікування пацієнтів. В основу формування цих стандартів була покладена модель, яка має в своїй основі модель кінцевих результатів лікування. В той же час почали впроваджуватись перші автоматизовані системи контролю якості.

Саме в 90-х, а точніше в 1998 році наказом Міністерства охорони здоров'я №226 від 27.07.1998 р. були затверджені "Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально - профілактичних закладах України та Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей". Це були перші спроби уніфікувати правила надання медичної допомоги.

Починаючи вже з 2002 року подібна розробка та затвердження стандартів, нормативів надання медичної допомоги, клінічних протоколів набула масового характеру. Однак, використання саме такого підходу до стандартів викликало ряд суперечностей в медичному світі та на

державному рівні також, оскільки мало ряд недоліків та носило не лише позитивний вплив. Розробка подібних уніфікованих державних стандартів - це досить тривалий та трудоємкий процес, який потребував залучення великої кількості працівників різних галузей, наукових працівників, цілих робочих груп, а саме затвердження та узгодження протоколів займало досить багато часу. Це є не припустимим у сучасному світі, оскільки розвиток медицини, як науки досить стрімкий. Інколи, впровадження нових стандартів виявлялося настільки тривалим, що поки новий протокол було затверджено на державному рівні, в світі змінювались підходи до ведення певної медичної нозології.

Аналіз змін в підходах та законодавчій базі показав, що робота в цьому напрямку активно велась. Наприклад, наказом Міністерства охорони здоров'я України №751 "Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України" від 28.09.2012 року було розроблено та затверджено методичку розробки та впровадження клінічних протоколів, яка повинна була прискорити процес та відповідати загальноприйнятим європейським стандартам. Крім того, була затверджена методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги.

Сам життєвий цикл медико-технологічних документів представлено у додатку № 1 до Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, згідно наказу Міністерства охорони здоров'я №751 від 28.09.2012 року.





Рис. 2.1. "Життєвий цикл" медико-технологічних документів

Даний наказ вніс зміни і в самі принципи стандартизації, шляхом впровадження механізмів створення клінічних індикаторів якості медичної допомоги та розробки системи моніторингу якості. Згідно наказу, клінічний індикатор якості медичної допомоги - кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно. А самою метою впровадження даних клінічних індикаторів стало: безперервне поліпшення якості медичної допомоги, скорочення небажаних змін якості у сфері медичного обслуговування, допомога в прийнятті рішень з медичної практики, запобігання непотрібним клінічним заходам та непотрібним витратам, забезпечення об'єктивної і кількісної оцінки клінічної та медико-економічної ефективності медичної допомоги, обґрунтування ефективного використання ресурсів з урахуванням очікувань пацієнтів, сприяння внутрішньому управлінню якістю закладів охорони здоров'я та зовнішній гарантії якості управління охорони здоров'я, оцінка

досягнення рівня медичної допомоги, визначеного стандартом, протоколом медичної допомоги [33, 54].

Однак, на практиці, як виявилось кінцевий результат був не настільки швидкий та відрізнявся від запланованого. Так, починаючи з 2012 року було розроблено та створено лише 123 уніфіковані протоколи, що не перекриває і 50% всіх існуючих в медицині нозологій. Крім того, використання даного наказу мало ще ряд суперечностей, які негативно впливали на надання якісної медичної допомоги. Такими негативними факторами слугувало те, що українські уніфіковані клінічні протоколи могли містити торгові назви препаратів, а це в свою чергу, могло призводити до лобіювання інтересів окремих фармвиробників; у деяких випадках уніфіковані клінічні протоколи розроблялися згідно з власним практичним досвідом членів робочої групи та ґрунтувалися на застарілій не доказовій базі. Уніфіковані клінічні протоколи та локальні клінічні протоколи підлаштовувалися під можливості системи охорони здоров'я, а не під потреби пацієнтів, що порушувало право пацієнтів на доступ до інформації про сучасні методи лікування [49, 54].

Все це призвело в подальшому до відміни цілого ряду наказів та впровадження нових підходів, що дозволили не очікувати поки робочі групи в Україні закінчать розробку вітчизняних підходів.

28 квітня 2017 набув чинності Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 1422 від 29 грудня 2016 року. Даним наказом були регламентовані зміни, які дозволили українським лікарям використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи, які базуються на принципах доказової медицини та розроблені за існуючими методиками національними та/або фаховими медичними асоціаціями країн-членів Європейського Союзу (членство визначається станом на 01 січня 2017 року), Сполучених Штатів Америки, Канади та Австралійського Союзу [49, 54].

Необхідність впровадження даних змін добре візуалізується на рисунку 2.2.

Саме така еволюція, де на верхівці знаходяться найкращі національні та міжнародні протоколи є запорукою підвищення ефективності та безпечності медичної допомоги, що в свою чергу призведе до зменшення показників смертності, покращення якості життя та, крім того, зниження факторів розвитку можливих ускладнень, а також оптимізації економічних аспектів лікування (вибір найбільш ефективного та найбільш економічного лікувального підходу).

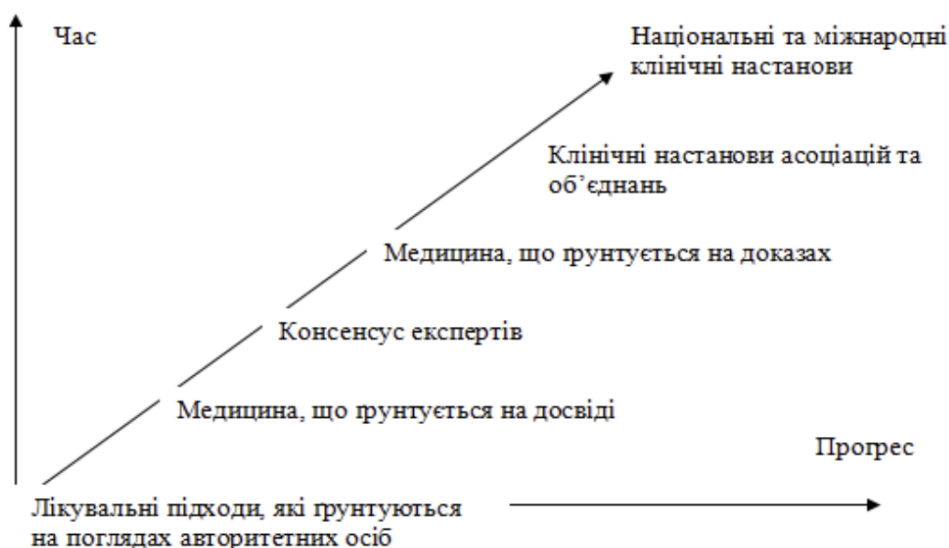


Рис. 2.2. Еволюція медичної практики

Окрему увагу хочеться звернути і на питання індивідуального контролю знань, умінь та практичних навичок у медичних працівників. Зміни на законодавчому рівні стосовно даних питань також почали відбуватись у 2009 році. Тоді, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я від 07.07.2009 N 484 «Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах» були внесені корективи до «Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.94 № 73 та відбулося підвищення вимог до набуття кваліфікаційних

навичок і компетенцій фахівцями галузі охорони здоров'я усіх спеціальностей.

Зміни до законодавства з питань контролю знань та атестації лікарів відбуваються постійно. На мою особисту думку, це добра прогностична ознака, яка дозволить підвищити якість надання медичної допомоги в цілому.

Останні зміни в атестації регламентуються Наказом Міністерства охорони здоров'я від 22.02.2019 №466 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» та впроваджені відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я». Останні зміни до наказу були внесені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.08.2021 № 1753 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 року № 446». Даними наказами внесені зміни не тільки до порядку проведення атестації лікарів, підняті питання безперервного професійного розвитку медичними працівниками, регламентована номенклатура лікарських спеціальностей, а й вперше на законодавчому рівні поєднано якість надання безпосередньої професійної діяльності, а саме питань вакцинації, з безперервним професійним розвитком. Наказ було доповнено новим пунктом 10 згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я № 1753 від 18.08.2021, де зазначається, що: «лікарям, які надають первинну медичну допомогу, у разі якщо станом на 31 грудня 2021 року більше 80 % осіб, з числа осіб, які підлягають вакцинації, та з якими лікар має укладену декларацію, отримали повний курс вакцинації від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, у 2022 році нараховуються 50 балів безперервного професійного розвитку [35, 54].

На мою думку та думку ряду авторів, такий підхід до оцінювання роботи та навчання має позитивний вплив на надання якісної медичної послуги саме її надавачами (лікарями). Він сприяє підвищенню мотивації лікарів виконувати свою професійну діяльність більш якісно, впливає на відповідальність медичного працівника перед пацієнтом, стимулює до постійного вдосконалення та накопичення знань та досвіду [34].

Однак, не лише питання роботи медичних працівників, їх мотивація та протоколи, якими вони користуються демонструють нам необхідність впровадження змін до питань якості в охороні здоров'я. Велике значення належить органам влади в питаннях забезпечення нормативного супроводу початку роботи медичного закладу або медичної практики, з часу самого їх відкриття.

Сама процедура отримання ліцензії медичною практикою в Україні зводиться до формальної оцінки та розгляду ряду підготовлених документів згідно переліку, а єдиним органом, що може надати таку ліцензію є Міністерство охорони здоров'я України. Все це призводить до того, що процедура є досить тривалою та носить більше офіційний, ніж практичний характер. Крім того, законодавством не передбачено наявності локальних діючих структур на місцях, які б могли контролювати точність наданих даних, а перевірки ліцензійних умов відбуваються рідко, згідно встановленого плану. Інколи медична організація може працювати десятиріччями та не проходити контролю дотримання ліцензійних умов. На додаток, процес отримання ліцензії майже не пов'язаний з питаннями акредитації лікувальної установи. На законодавчому рівні відсутня можливість анулювання ліцензії у зв'язку з непроходженням акредитації.

Все це свідчить про недоліки, які існують в питаннях ліцензування та акредитації лікувально-профілактичних закладів України та демонструють нам необхідність нормативної відповідності на рівні влади, а не практичні заходи з покращення питань якості. До того ж, при отриманні ліцензії чи

проходженні акредитації закладу охорони здоров'я будь якої форми власності законодавчо не регламентовані питання клінічного аудиту рівня ефективності роботи закладу, питання управління ризиками та майже відсутня перевірка стандартів (загальнодержавних) самого процесу лікування, описаного в клінічних настановах, що робить неефективним процедуру оцінки дотримання медичних технологій. Саме акредитація лікувальної установи є не обов'язковою, а бажаною, процедурою для діяльності медичного закладу, а її відсутність не є підставою для заборони його діяльності. Все це демонструє формалізм в питаннях акредитації та ліцензування та потребує подальшого доопрацювання на рівні влади.

Питань стандартизації в системі охорони здоров'я України є одними з ключових, оскільки це діяльність, спрямована на досягнення оптимального рівня впорядкованості в даній сфері шляхом розробки та впровадження певних нормативів, правил, вимог, а також характеристик, технологій та послуг, що спрямовані на покращення показників здоров'я, тривалості життя та зменшенню смертності в державі. Згідно останніх статистичних даних, середня тривалість життя населення в Україні, нижча ніж показники по земній кулі, та складають 63 роки для чоловіків та 73 роки для жінок [49, 54].

Таким чином, спираючись на аналіз джерел, можна зазначити, що в останні роки спостерігаються позитивні тенденції в питаннях державної стратегії розвитку якості в системі охорони здоров'я. Велике значення має зміна законодавства та роль влади в провадженні цих змін. Дані позитивні тенденції націлені на використання найкращих світових практик, однак використання їх є лише частковим.

Існує необхідність в подальшому розвитку підходів до розробки основних принципів системи управління якістю медичної допомоги в державі. Дані принципи повинні бути направлені на формування більш новітніх підходів та роботу над вже давно існуючими, які і кінцевому

результаті дозволять забезпечувати відповідність медичної допомоги та послуг потребам пацієнта, його очікуванням і сучасному рівню медичної науки і технологій. Тільки в такому випадку система охорони здоров'я в державі може задовольнити потреби своїх громадян та поліпшити якість надання допомоги, зменшити захворюваність, збільшити тривалість життя та забезпечити ефективну профілактику та лікування захворювань.

## **2.2. Аналіз задоволеності населення та медичних працівників наявною системою управління якістю медичних послуг в Україні (на прикладі Харківської області)**

Кажучи про якість в системі охорони здоров'я, зазвичай прийнято думати про якість надання самої медичної послуги, однак це твердження не зовсім вірне.

Є багато показників та речей, які впливають на стан пацієнта та його самопочуття в подальшому. Ці показники ще не регламентовані нашим законодавством, але відображені в типових договорах з НСЗУ.

До цих факторів можна віднести те, наприклад, як пацієнта записали на візит до лікаря на прийом, що відбувається з пацієнтом до, під час та після надання медичної послуги. Звісно ці критерії є суб'єктивними, однак вони регламентовані та відображаються в більшості міжнародних стандартів, наприклад, ISO 9001:2015, та наразі вони частково регламентуються Національним стандартом ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT).

Згідно ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я виділяється 11 основних ознак якості охорони здоров'я. Серед яких: належна правильна допомога, доступність, безперервність, дієвість (результативність обраних методів), ефективність (співвідношення результату та вкладених ресурсів, рівність, використання доказової медицини, пацієнт-орієнтованість, включаючи фізичну, психологічну та соціальні складові життя пацієнта),

залученість пацієнта, безпека, часові рамки. Всі ці ознаки повністю відображають сучасне тлумачення поняття якості в системі охорони здоров'я.

Як видно, тільки три ознаки безпосередньо пов'язані з самим наданням медичної послуги - це належна правильна допомога, використання протоколів лікування заснованих на принципах доказової медицини та результативність обраних методів (дієвість). Всі інші ознаки є показниками, які впливають на задоволеність пацієнта та не пов'язані з наданням самої послуги. Саме показникам задоволеності пацієнта є ключовими факторами в впливі на якість в системі охорони здоров'я, а прагнення збільшення задоволеності є ключовою метою в покращенні якості.

Метою дослідження, проведеного при написанні даної кваліфікаційної роботи було визначення стану наявної системи охорони здоров'я, задоволеності населення та працівників сфери охорони здоров'я наявною системою управління якістю медичних послуг в системі охорони здоров'я.

В дослідженні приймало участь 167 чоловік з різних областей України. Відповіді були зібрані шляхом анонімного анкетування.

Для більшої репрезентативності в опитуванні взяли участь представники декількох експертних груп з різних областей України, різних соціальних груп та різного віку, включно з пацієнтами закладів охорони здоров'я, працівниками закладів охорони здоров'я та керівниками і власниками закладів охорони здоров'я, тобто людей, які беруть безпосередню участь в прийнятті управлінських рішень. Аналіз відповідей респондентів проаналізовано та представлено в даному дослідженні.

Розподіл респондентів за статтю виглядає не зовсім рівномірним, жінки - 137 осіб, значно переважають чоловіків - 30 чоловік, не захотіли відповідати - 0 чоловік. Дану нерівність можна пояснити військовим станом



на території України та тим, що більшість чоловіків не мали змоги долучитись до дослідження.

Розподіл за віком виглядає наступним чином: до 20 років - 1 особа; 21–30 років - 27 осіб; 31–40 років - 69 осіб; 41–50 років - 48 осіб; 51–60 років - 16 осіб; понад 61 рік - 6 осіб.

За місцем проживання респонденти розмістились наступним чином: обласний центр - 58 чоловік; місто - 96 чоловік; районний центр - 6 чоловік; село/селище - 8 чоловік.

Оцінювались також: область проживання респондентів, їх освіта та соціальна група. Більшість респондентів - це особи, що проживають на території Харківської області - 130 осіб (77,8%) та люди з вищою освітою - 153 особи (91,6%). Тобто, результати дослідження можуть не повністю відображати дані, які можуть бути застосовані стосовно усієї держави, однак цілком репрезентативні та можуть бути використані та перенесені для аналізу на території Харківського регіону.

Розподіл респондентів за соціальною групою представлено на рисунку 2.3.

Соціальна група  
167 відповідей

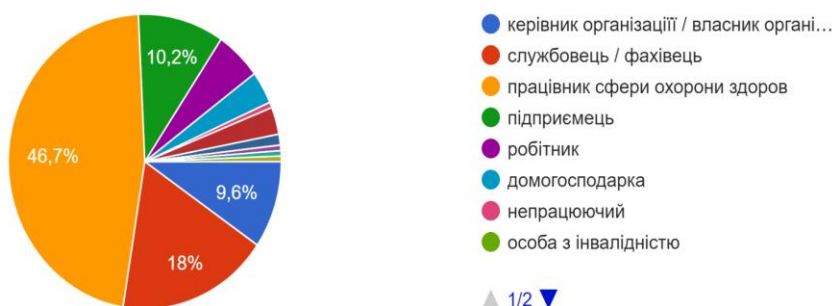


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за соціальними групами

Ключовим в формуванні якості медичної допомоги є відношення населення до свого здоров'я та задоволеності населення якістю охорони здоров'я в нашій державі.

За даними отриманих результатів опитування 53% серед усіх опитаних не задоволені сучасним станом охорони здоров'я в Україні, 20,4% - важко відповісти і лише 22,2% респондентів задоволені сучасним станом в якості надання медичних послуг. Звертає на себе увагу, що немає чіткої закономірності у відповідях між жителями міста чи обласного центру, однак всі жителі сіл або селищ, крім однієї особи, не задоволені сучасним станом охорони здоров'я в Україні. А відповідь респондента, що проживає в селищі та має протилежну думку заключається в тому, що він вбачає покращення якості після впровадження реформи в охороні здоров'я. Розподіл відповідей респондентів представлена на рисунку 2.4.

Чи задоволені ви сучасним станом охорони здоров'я в Україні?

167 відповідей



Рис. 2.4. Задоволеність респондентів сучасним станом охорони здоров'я України

Цікавим є розподіл відповідей респондентів на питання стосовно того на кого покладена відповідальність за формування та підтримку здоров'я людини. Саме формування здорового способу життя та підтримка здоров'я

людини є ключовими в контролю показників якості, оскільки дозволяє звернути увагу на проблеми, які інколи не відображаються в законодавстві та не регламентовані на рівні місцевої або інших ланках влади. відповідальність за своє здоров'я, яка покладена на саму людину, допомагає звернути увагу на ключові індикатори якості та різноманітності їх з залученням думки самого населення. За даними проведеного анкетування 58,1% серед всіх респондентів вважають, що відповідальність покладена на саму людину (97 відповідей), частка відповідей з даним варіантом серед людей, робота яких не пов'язана зі сферою охорони здоров'я склала - 57%. На другому місці серед всіх респондентів - 18% (30 відповідей) на владу, майже порівну розподілили відповіді - 5,4% (9 відповідей) на суспільство, 4,8% (8 відповідей) на медичних працівників і тільки 2,4% (4 відповіді) на родину. Інші респонденти надали свої відповіді, серед яких переважає - відповідь "на всіх", 5% - важко відповісти. Потрібно зазначити, що відповідь "на владу" та "на суспільство" зустрічається частіше серед людей, робота яких пов'язана зі сферою охорони здоров'я та рідше серед інших соціальних груп.

Даний розподіл відповідей добре демонструє нам, що респонденти готові брати відповідальність за свій стан здоров'я особисто на себе, однак частина влади та суспільства досить значуща та займає друге та третє місце у відповідях респондентів, що значно перевищує роль медичних працівників, родини та інші наведені варіанти. Загальний розподіл відповідей представлено на рисунку 2.5.

Як ви вважаєте, на кого має покладатись відповідальність за формування та підтримку здоров'я людини?

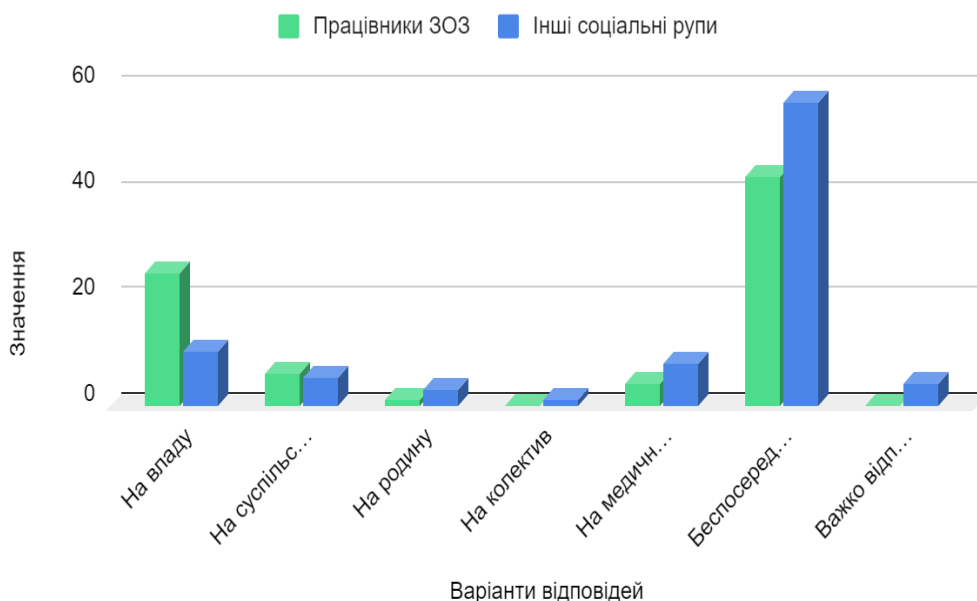


Рис.2.5. Загальний розподіл відповідей респондентів на запитання стосовно відповідальності з формування та підтримку здоров'я людини

За даними проведеного дослідження видно, що більшість респондентів, а саме 56,3%, відвідують заклади охорони здоров'я один раз на рік, менша кількість - 18%, звертаються за медичною допомогою 1 раз на три місяці. А 13% респондентів не звертаються за медичною допомогою більше року. Більшість респондентів відвідують переважно заклади первинної медичної допомоги - 73,7%, менша кількість звертається за допомогою до лікувальних установ, що надають планову медичну допомогу - 28,7%, а за невідкладною допомогою звертаються - 3,6%.

Потрібно зазначити, що Харківська область має досить розгалужену мережу. Починаючи з 2018 року в Харківській області проведено реструктуризацію мережі закладів охорони здоров'я. Основною метою даних впроваджених змін стало покращення матеріально-технічного забезпечення, переорієнтація та створення закладів первинної медичної допомоги, а також розвиток мережі, яка вже існувала.

За даними офіційного веб-сайту Харківської обласної державної адміністрація повна мережа закладів, установ та підприємств охорони здоров'я Харківського регіону станом на 11.02.2022 року складала: 5 закладів безпосереднього підпорядкування МОЗ України, 58 закладів обласного підпорядкування, 56 закладів районів області, 17 закладів у складі Харківського району, 4 міські дитячі лікарні, 16 міських поліклінік, 10 міських дитячих поліклінік, 6 пологових будинків, 9 стоматологічних поліклінік, 5 диспансерів, 16 закладів, що підпорядковані іншим відомствам та 10 закладів підпорядковані НАМН та НАН, а також та 2 заклада віднесені до категорії інших, а саме: КЗОЗ “Харківський міський аналітичний центр медичної статистики” та КЗОЗ “Харківський міський центр здоров'я”[63].

Основним завданням в роботі всієї мережі закладів охорони здоров'я Харківської області є забезпечення стабільності, покращення надання якості медичних послуг, підвищення показників діяльності усієї галузі, як міського, так і обласного підпорядкування. Саме на виконання цих завдань та контролю основних показників якості в області розроблена рейтингова система аналізу та моніторингу. Ця система базується на показниках ресурсозабезпеченості галузі, національних показниках здоров'я та діяльності медичних закладів [63]. Контроль здійснюється щомісяця, з подальшим порівнянням цих показників та контролю їх виконання. Приклад аналізу таких показників в порівнянні між першим кварталом 2020 року та першим кварталом 2021 року наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Аналіз показників відвідувань та госпіталізацій за перший квартал  
2020 та 2021 років

Назва показника	I квартал	
	2020	2021
Відвідувань в амбулаторно-поліклінічні заклади (в тис.)	2 210,74	1 984,5
на 1 мешканця	1,52	1,40
Госпіталізовано в стаціонари	51 112	38 418
на 100 населення	3,51	2,72

Наведені дані дослідження та офіційні статистичні дані демонструють нам, що обрана модель системи охорони здоров'я, яка існує в нашій державі зараз, з акцентом на первинну медичну допомогу є вірною та, що покращення якості надання саме первинної медичною допомоги повинно стати першочерговою задачею для нашої держави.

Ці дані підтверджуються і результатом опитування респондентів, оскільки більшість респондентів, 73,7% від всіх опитаних в ході дослідження, найчастіше звертаються до установ, що надають первинну медичну допомогу населенню, менша частина - 28,7% до лікарні планового лікування і зовсім незначна частина - 3,6% до лікарні інтенсивного та 1,8% - до лікарні відновного лікування.

Своєчасне звернення за медичною допомогою до лікарів первинної ланки (сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів) зменшує навантаження на спеціалізовані медичні заклади та значно знижує показники госпіталізації, що наглядно видно з таблиці 2.1. За наведений період у 2021 року кількість госпіталізованих до різних стаціонарів у Харкові становила 38.420 тисячі, або 2,72 на 100 осіб, в порівнянні 51.110 за такий же період 2020 року, або 3,51 на 100) [63]. Показники використання ліжкового фонду наведені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

## Показники використання ліжкового фонду по Харківській області

Показник	I квартал	
	2020	2021
Число днів роботи ліжка	68,5	51,4
Середні терміни перебування хворого на ліжку	9,25	9,70
Обіг ліжка	7,41	5,29

Доцільність акценту на підсилення первинної ланки медичної допомоги може бути підтверджена й тим, що майже всі респонденти, які прийняли участь в опитуванні, вже обрали собі сімейного лікаря та уклали декларацію з ним, а саме - 96,4% з усіх опитаних, та основна більшість задоволена співпрацею з ним 41,3% - дуже задоволені, а 34,1% в цілому задоволені.

Позитивна динаміка в розвитку галузі в системі охорони здоров'я стала можлива за рахунок зміни до підходів фінансування галузі та шляхом виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Наприклад, тільки за I квартал 2021 року комунальними некомерційними підприємствами охорони здоров'я Харківської міської ради отримано кошти від Національної служби здоров'я України на загальну суму 687.141,7 тис. гривень, згідно укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за надані медичні послуги, а використано на загальну суму - 608 580,3 тис. гривень. Крім того, впровадження механізму надання платних послуг офіційним шляхом дозволило додатково збільшити фінансування галузі. Так, тільки за рахунок впровадження платних послуг у першому кварталі 2021 року було залучено - 86 649,6 тис. гривень, коли в першому кварталі 2020 року ця сума становила 32 692,1 тис. гривень, що складає біля 8,8 % від

загальної суми бюджету галузі охорони здоров'я м. Харкова [63]. Впровадження платних послуг у медичній галузі стало можливим шляхом внесення численних змін до постанови кабінету міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138 “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах”. Таке влиття додаткового фінансування до сфери охорони здоров'я сприяло покращенню матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, сприяло можливості придбання додаткового устаткування, обладнання, медикаментів. На додаток, ці зміни сприяли суттєвому покращенню якості надання медичних послуг населенню міста Харкова та області.

Однак, незважаючи на покращення фінансування, збільшення витрат на забезпечення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я в області населення продовжує стикатись з труднощами під час надання медичних послуг. Основні труднощі з якими стикались респонденти в повсякденному житті при взаємодії з закладами охорони здоров'я під час надання допомоги залишається: застаріла матеріально-технічна база у 50,9%, недостатній рівень кваліфікації медичних працівників - 34,7%, довгі черги на прийом до лікаря - 28,7%, недостатній сервіс в закладах охорони здоров'я - 25,1% та низька якість надання медичної послуги - 23,4%.

Питання надання якісних медичних послуг є актуальним для більшості держав світу. Однак, при порівнянні відповідей респондентів щодо якості надання медичних послуг в Україні та інших державах більшості опитаних важко визначитись, що склало 55,1% від загальної кількості відповідей. Однак серед частини респондентів, що визначились привалює думка, що в Україні якість надання медичних послуг превалює над іншими державами, тобто є кращою. Таку відповідь надало 15,6% від всіх респондентів, в порівнянні з 13,8%, які вважають якість надання медичних послуг кращою в інших державах. Досить велика кількість людей,



що пройшли опитування - 11,1% взагалі над цим не замислювалася. Велика кількість осіб, що не визначились з відповіддю на це питання може бути пов'язане з тим, що не всі респонденти мали змогу звернутись за медичною допомогою за кордоном, хоча більшість з респондентів - 72,5% все ж мали таку можливість.

Пам'ятаючи про основні 11 ознак якості згідно ISO однією з додаткових цілей в ході проведеного дослідження було визначити ключові три ознаки, які є основними для жителів Харківської області. Ключовими ознаками, які є пріоритетними для більшості опитаних є: ефективність (співвідношення результату та вкладеного ресурсу) - 53%, належна правильна допомога - 49,4% та дієвість (результативність обраних методів) - 47,6%. Крім того, велике значення для респондентів має доступність - 43,4%. А от пацієнт - орієнтованість 38% та безпека - 24,1% - займають нижчі позиції в даному рейтингу ознак якості. Отримані результати та їх співвідношення у відсотках представлено на рисунку 2.6.

Згідно міжнародного стандарту якості у сфері охорони здоров'я ISO 9001:2015 виділяють 11 основних ознак (принципів) якості. Оберіть 3 ознаки, які ви вважаєте найважливішими.  
166 відповідей

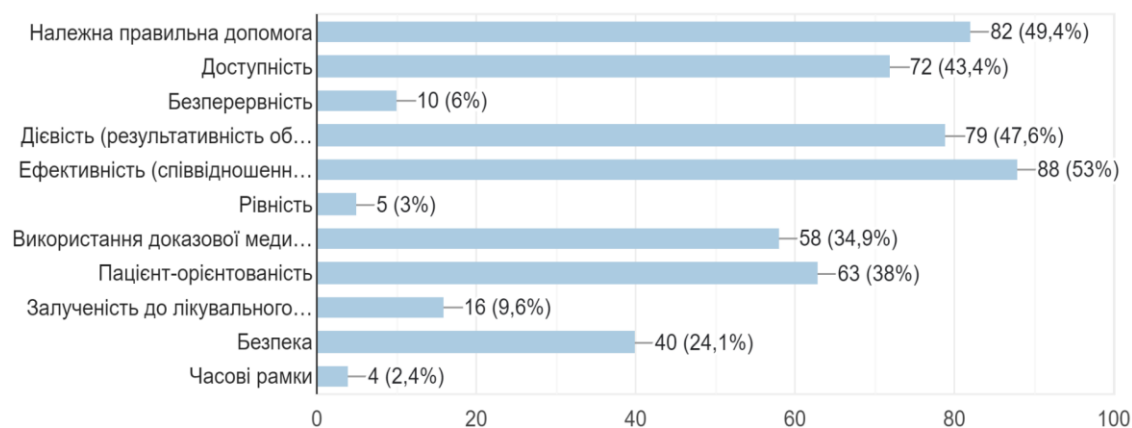


Рис. 2.6. Важливість 11 ознак якості згідно стандарту ISO 9001:2015

Цікавим є те, що пацієнти майже повністю ототожнюють якість надання медичної послуги та результати медичної допомоги. Дане припущення можна зробити з того, що результати відповідей на запитання стосовно задоволеності результатами медичної допомоги у закладі, куди вони найчастіше звертались та задоволеності якістю медичних послуг, у цьому закладі, майже не відрізняється. Це добре видно при порівнянні рисунку 2.7 та 2.8.

Чи задоволені ви результатами медичної допомоги у закладі, куди найчастіше звертаєтесь?  
167 відповідей

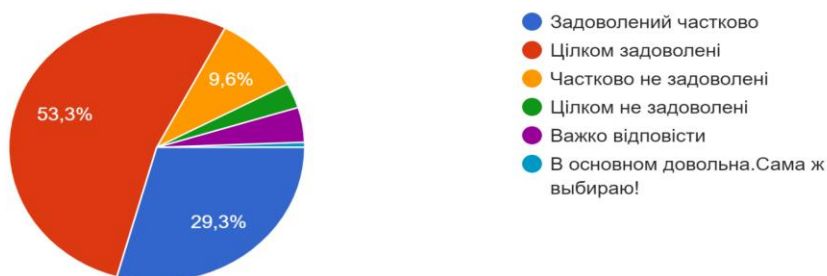


Рис.2.7. Задоволеність респондентів результатами медичної допомоги у закладах куди вони звертаються

Чи задоволені ви якістю медичних послуг у закладі, куди найчастіше звертаєтесь?  
167 відповідей



Рис 2.8. Задоволеність якістю медичних послуг у закладі, куди вони звертаються

В ході дослідження виявлені й інші прогалини в питаннях якості в сфері охорони здоров'я, наприклад, більшість респондентів вважають не

однаковою якістю надання медичних послуг в закладах з приватною та комунальною (державною) формою власності. Зміни, які наразі відбуваються в системі охорони здоров'я України та сама реформа надають можливості покращити якість надання послуг в закладах охорони здоров'я будь якої форми власності та зробити це за державний кошт. Окрім того, сама реформа надає однакові можливості для приватних та державних закладів, якщо заклад відповідає певним вимогам. Завдяки змінам, які відбулись в рамках медичної реформи, НСЗУ змогли закуповувати послуги з медичного обслуговування населення у закладах різних форм власності, а пацієнт отримати послугу безоплатно незалежно від того, звертається він до державного чи приватного закладу. Протягом певного часу, існувало таке бачення, що державні, а це включає й комунальні, місцеві та районні заклади охорони здоров'я та їхній персонал, програють в конкурентній боротьбі з приватними медичними установами. Однак подібне твердження останнім часом змінюється. Так, можна навести велику кількість причин, які можуть сприяти програшу комунального закладу в боротьбі з приватним. Це і ставлення медичних працівників до людей, які до них звертаються за допомогою, оснащення медичного закладу. Але найголовнішою причиною таких відмінностей є те, що, насправді, чимало працівників державних медичних закладів не хочуть щось змінювати. “Безкоштовна медицина” медицина, в тому уявленні, в якому ми прагнемо її бачити, на жаль, не працює та дозволяє працівникам державних закладів отримувати додаткові кошти, здебільшого нелегально та поза законом, «збагачуватись», шляхом отримання додаткових подяк та коштів від пацієнтів – за матеріали, за аналізи, за ліки для ін'єкцій тощо. Приватні заклади вимушені в свою чергу працювати прозоро, розміщуючи прейскуранти за надання всіх можливих послуг, ліків та використання медичного оснащення та вказують певну суму за повний пакет наданої послуги. Все це впливає й на якість надання

медичної послуги та підтверджується результатами опитування, які представлені на малюнку 2.9.

Чи вважаєте ви однаковою якість надання медичної допомоги в державних (комунальних) та приватних лікувально-профілактичних закладах?

167 відповідей



Рис.2.9. Різниця в якості надання медичних послуг різних форм власності

Так, 68,9% респондентів відчують різницю в якості надання медичних послуг різних форм власності.. І тільки - 9,6% вважають, що якість надання медичних послуг в закладах з різною формою власності - однаковою. Досить великій кількості респондентів - 18%, важко визначитись в цьому питанні.

Однак, респонденти відзначають покращення якості надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я, як комунальної (державної) форми власності, так і приватних закладах охорони здоров'я за останні 2 роки. При чому в приватних закладах, якість надання медичних послуг покращилась більше. Даний період, саме два роки, був обраний тому, що саме два роки повністю почали функціонувати зміни в системі охорони здоров'я України, де основним став принцип "гроші йдуть за пацієнтом". Саме цей принцип став основою ще більшого збільшення конкуренції між закладами охорони здоров'я різних форм власності та спонукав заклади працювати над покращенням сервісу та якості надання медичних послуг.

Як, на вашу думку, змінилась якість медичної допомоги за останні 2 роки?

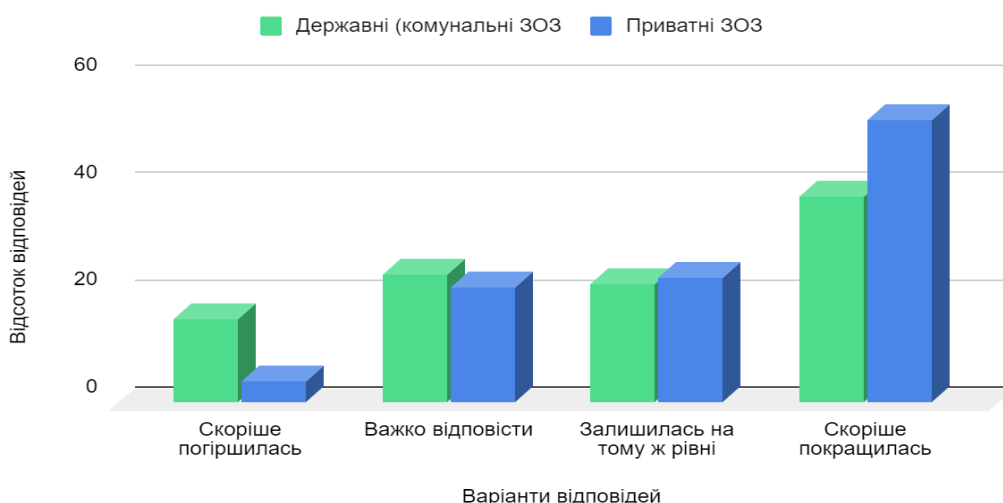


Рис. 2.10. Зміна якості медичної допомоги у приватних та державних(комунальних) закладах за останні 2 роки

В рамках анкетування було цікаво дізнатись думку респондентів стосовного того, чи змінилась якість надання медичною допомогою в закладах охорони здоров'я після повномасштабного вторгнення в Україну російських військ. В даному питанні відповіді респондентів розташувались наступним чином: 46,7% - важко відповісти, 32,9% - вважають, що якість погіршилась, 13,2% - якість медичної допомоги залишилась на тому ж рівні. Дані результати є очікуваними, оскільки значно зменшилась доступність надання медичної допомоги через бойові дії, а частина закладів взагалі була змушена тимчасово припинити свою роботу.

Отже провівши аналіз відповідей респондентів в ході дослідження, можна зазначити, що більшість респондентів задоволені наявною станом охорони здоров'я в Україні та питаннями управління якістю в сфері охорони здоров'я. Більшість з них підтримує зміни, які відбуваються в рамках реформи системи охорони здоров'я. Зміни в системі охорони здоров'я не повинні бути швидкими та терміновими, а повинні носити поступовий виважений характер. Більшість респондентів розглядають

можливість добровільного обов'язкового медичного страхування та співоплати та підтримують ці стратегічні напрямки.

Стосовно ролі влади в питаннях управління якістю надання медичних послуг в сфері охорони здоров'я, респонденти зазначають, що органам влади, як на державному так і на місцевому рівні належить ключова роль, особливо в питаннях: допомоги громадам в реалізації пілотних проектів, достатнє фінансування для забезпечення достатньої ефективності медичної допомоги населенню, формуванні стратегії, правил, курсу, політик, створенні прозорих та рівних умов для всіх, контролю рівня знань медичних працівників, регуляція питань заробітних плат та викорінення корупції. Влада відіграє регламентуючу, керуючу та контролюючу роль в формуванні питань якості. Що повинно бути досягнуто шляхом реформування, стимулювання, підтримки, жорсткого контролю фінансові потоки та ефективності мед закладів (в сенсі корупції, виконання поставлених завдань та якості ). Кожна лікарня чи амбулаторія повинна стати ефективним, прибутковим "бізнесом" який може розвиватися. Незалежно - комунальна чи приватна чи ще якась форма. Влада має головну роль у підтримці закладів охорони здоров'я, але формування роботи закладу має директор, в залежності від специфіки та потреб закладу. Всі ці твердження підтверджують також необхідність контролю за наявними показниками та індикаторами якості в сфері охорони здоров'я, а також підтверджують думку про необхідність впровадження нових, але зважаючи на обмежене фінансування.

### **2.3. Індекс лояльності клієнта як критерій якості в сфері охорони здоров'я**

Реформи в охороні здоров'я є ключовими не тільки в збереженні та забезпеченні основної ролі держави - збереження життя та здоров'я населення, а й в забезпеченні балансу та покращенню економічного розвитку держави, особливо зважаючи на те, що в Україні наявні обмежені та не численні матеріальні ресурси, які держава має змогу виділити на підтримання здоров'я населення.

В Україні, наразі, не впроваджуються нові критерії якості, основою яких слугує думка споживачів медичних послуг - пацієнтів. Однак, саме думка споживачів може слугувати тим самим затратним методом діагностики стану якості в медичній галузі.

Задоволеність клієнта та його досвід є основними факторами, які впливають на його бажання повертатись за послугою до конкретного закладу або компанії. Згідно дослідження PwC Future of Customer Experience Survey 2017/18, для 64% респондентів в європейських країнах досвід клієнта є одним з основних факторів, що впливають на рішення отримати послугу чи купити певний товар в визначеному закладі. Для визначення задоволеності клієнта використовується цілий ряд показників, серед них: NPS - Net Promoter Score (індекс готовності рекомендувати), CSAT - Customer Satisfaction Score (показник задоволеності клієнтів), CES - Customer Effort Score (оцінка простоти взаємодії), Churn (показник втрати клієнтів), Retention (показник утримання клієнтів). Насправді, сфера охорони здоров'я не відрізняється від інших сфер, де надаються послуги, просто в закладах охорони здоров'я надаються специфічні медичні послуги. Саме тому показники, які використовуються на підприємстві можуть бути використані в медичній галузі.

Численні дослідження та статті вказують на необхідність пошуку саме тих індикаторів, які будуть не потребувати значного збільшення фінансування на їх впровадження та аналіз. Одним з таких індикаторів може слугувати індекс задоволеності клієнта (споживача) відповідним медичним закладом. Впровадження даного показника на державному або місцевому рівні, для обов'язкового аналізу, не тільки збільшить конкуренцію між закладами, але, й тим самим, покращить якість надання медичної послуги в закладах, дозволить більш точно оцінити та проаналізувати стан якості надання медичної послуги на державному рівні, спираючись на думку самих споживачів цих послуг - пацієнтів, що наразі не регламентовано Українським законодавством.

Індекс задоволеності клієнта, або NPS, розшифровується як Net Promoter Score - чистий показник підтримки. Показник NPS з'явився в 2003 році. Методику розрахунку розробив Фредерік Райхельд з компанії Bain & Company в співпраці з Satmetrix. Ідея автора полягала в том, що індекс демонструє різноманітні перспективи в розвитку компанії чи конкретної установи.

Даний показник широко використовується серед підприємців, які займаються продажем певних товарів та послуг, в банківській сфері, сфері страхування, сфері харчування та багатьох інших. В сфері охорони здоров'я даний показник також використовується, однак в Україні аналізом даного показника займається тільки незначна частина приватних закладів. Відносно оцінки та аналізу даного показника закладами охорони здоров'я комунальної та державної форми власності дані не знайдені. Індекс задоволеності клієнта дозволяє наочно продемонструвати наскільки споживач послуги, в нашому випадку медичної послуги, довіряє закладу охорони здоров'я та готовий рекомендувати його або конкретну послугу іншим. Впровадження даного показника та регулярний його аналіз дозволяють оцінити співвідношення між очікуваною та отриманою



фактично цінністю від конкретного закладу охорони здоров'я чи послуги, продукту.

Звісно даний показник не є якісною величиною та залежить від багатьох чинників, в тому числі від емоційного стану та емоційної прихильності споживача, в нашому випадку пацієнта. Однак, він дозволяє прив'язати конкретного споживача до конкретного закладу та фактично демонструє зв'язок з повторними зверненнями чи придбанням певної медичної послуги. Основною метою даного показника є:

- збір та аналіз чесного, а не формального зворотного зв'язку стосовно якості у конкретній лікувальній установі; оцінка закладів “зі сторони”;
- отримання інформації від декількох категорій пацієнтів, тих, що готовий рекомендувати заклад та тих, що не задоволені, що дозволить більше прислухатись до їх думок, знаходити нові рішення з метою покращення якості;
- формування стратегії поведінки та взаємодії з пацієнтами;
- побудови програми розвитку установи.

Крім того, оцінка даного показника не буде потребувати значного фінансового вливання, оскільки його оцінка проводиться шляхом опитування, а оцінка проводиться шляхом аналізу анкет та розрахунку показника за відповідною формулою.

Інструментами для збору інформації та аналізу даного показника можуть слугувати: окремі сторінки з опитуванням або анкетування, листи надіслані пацієнтам відповідного закладу, чат-боти на сайті або месенджері, поп-апи.

Крім того даний індекс повністю відповідає сучасним вимогам до покращення якості та може бути використане у циклі вірного введення стратегії, яка майже повністю лягає на так зване “колеса Демінга”, а саме: збір зворотного зв'язку - оцінка NPS - аналіз - виводи- рішення - дія - повторна перевірка.

Індекс лояльності дозволяє порахувати долю промоутерів відносно долі критиків, і оцінити загальну лояльність аудиторії. Розрахунок самого показника досить простий. Для розрахунку нам потрібно знати:

- P – число промоутерів;
- C – число критиків;
- N – загальне число опитаних(включаючи нейтральних споживачів).

Сам показник розраховується за формулою:  $NPS = (P - C) / N * 100\%$ .

Результат отриманий після обчислення оцінюється за шкалою від -100% до 100%.

Градація показників та їх значення оцінюється за наступною шкалою:

- від -100% до 0% - серед споживачів даної послуги чи відвідувачів певного закладу переважають критики, які не рекомендують сам заклад, сервіс або саму послугу. Вони дуже негативно ставляться до вашого бренду. Отримання такого результату слугує інструментом в прицільній роботі з даною категорією пацієнтів та уточнення деталей: чому з'явилася така реакція та що пацієнта хотіли б отримувати на виході.

- від 1% до 30% - усі показники вищі за 0 є позитивними, але в даному випадку все одно є проблемні питання та є над чим працювати. При отриманні даних показників зберігається досить висока частка критиків.

- від 31% до 50% - цей показник каже про те, що заклад активно працює над пацієнт-орієнтованим підходом, як критерієм якості та працює над клієнтським сервісом на всіх рівнях. При отриманні показників в межах даного референтного значення відсоток критиків та промоутерів приблизно дорівнює. Однак, все одно рекомендується продовжувати роботу з пацієнтами та зміцнювати позиції бренду та даного закладу, певної установи.

- від 51% до 70% – у цьому діапазоні показників промоутери починають переважати критики. Це вказує на те, що конкретний заклад або установи у визначеному регіоні цінують.

- від 71% до 100% – таких результатів дуже складно досягти. Це ідеальний показник для закладу та значення до яких потрібно прагнути.

Одним з завдань даної роботи було визначити індекс лояльності клієнта та оцінити можливість його використання на державному чи місцевому рівні, тобто повсюдно. Оскільки більшість респондентів, які прийняли участь в опитуванні є жителями Харківської області, результат отриманий після розрахунку може продемонструвати картину лояльності пацієнтів в цілому, однак більш репрезентативним він буде відповідно до закладів в Харківській області.

З якою ймовірністю від 1 до 10 ви порекомендуєте медичний заклад, до якого ви звертались останній раз своїм друзям та родичам?

167 відповідей

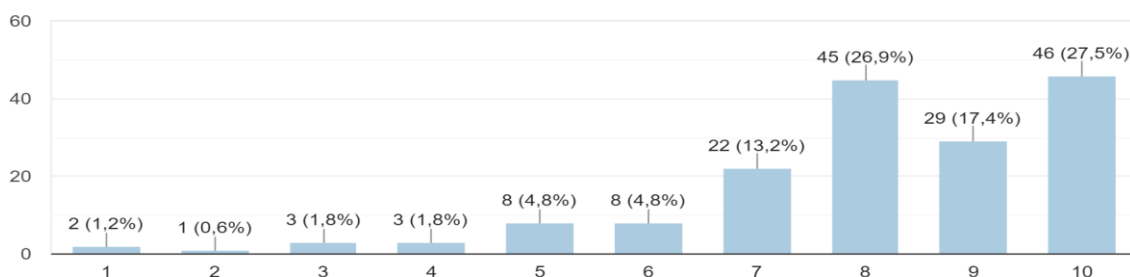


Рис. 2.11. Відповідь респондентів стосовно лояльності до медичних закладів

Розрахунок буде виглядати наступним чином. Загальна кількість опитаних - 167 чоловік. З них оцінку від 7 до 10 поставило - 142 чоловіки. Інша частина поставила оцінку від 0 до 6. Значення складає - 25 чоловік. Тобто ми маємо - 85% промоутерів та 15% критиків.

Формула NPS =  $(142 - 25) / 167 \times 100 = + 70\%$ . Індекс вийшов позитивним з досить великим значенням. Цей показник характеризує як найкраще лояльність пацієнтів до закладів охорони здоров'я в цілому.

Однак, якщо провести аналіз даного показника на конкретних закладах, то значення показника буде не таким високим. Це твердження підтверджується аналізом додаткового опитування в рамках дослідження виконаного в проекті, а саме опитуванням пацієнтів Комунального некомерційного підприємства “Міська поліклініка №21” Харківської міської ради та Товариства з обмеженою відповідальністю “Медичний центр “Рішон”. В опитуванні взяли участь 60 чоловіки у КНП “Міська поліклініка №21” ХМР та відповідно 60 чоловік у ТОВ “Медичний центр “РІШОН”. Опитування проводилось анонімно шляхом використання сервісу для роботи з опитуваннями Zonka Feedback (онлайн-сервіс, який дозволяє створити опитування та проаналізувати його).

З якою ймовірністю від 1 до 10 ви порекомендуєте даний медичний заклад, своїм друзям та родичам?

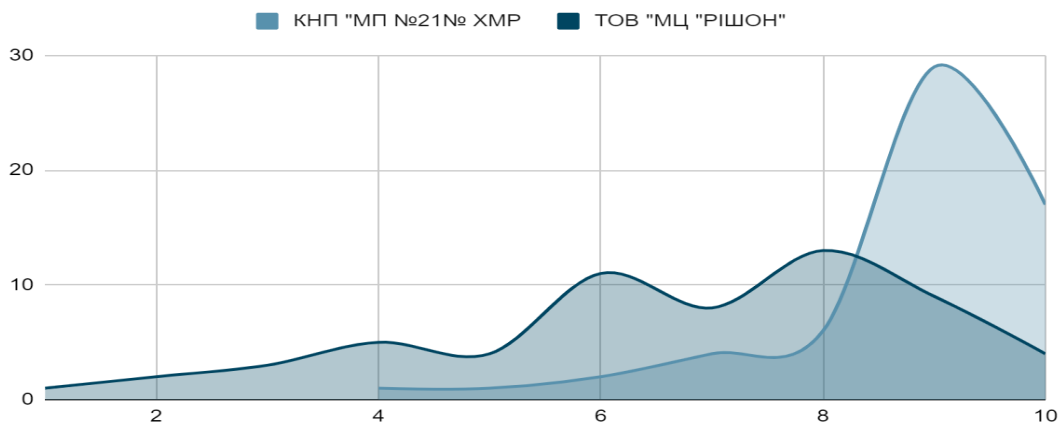


Рис. 2.12. Відповідь респондентів стосовно лояльності до КНП “Міська поліклініка №21” ХМР та ТОВ “МЦ “РІШОН” у порівнянні

Як видно з наведених діаграм показники лояльності клієнта є досить високим у обох організацій, однак значення відрізняється. Лояльність

пацієнтів до приватного закладу може бути пояснена цілим рядом причин, які наведені вище.

Даний індекс є досить простим та доступним до розрахунку. Для аналізу достатньо провести збір інформації, отримати оцінки та вставити їх значення в формулу, де використовується три дії та визначити кінцевий результат. Однак, використання даного індексу має як позитивні, так і негативні сторони.

Серед позитивних можна виділити:

- зручність та простота збору даних та проведення розрахунків,
- отримані результати легко оцінити та зрозуміло донести до всіх працівників закладу, щоб в подальшому працювати над покращенням значення, що може слугувати одним з напрямків в формуванні подальшої стратегії розвитку,
- низька собівартість дослідження,
- не потрібно використовувати додаткові інструменти та залучати інші матеріально-технічні ресурси, достатньо проаналізувати отримані дані на ПК, за допомогою калькулятора чи редактора таблиць,
- швидке отримання результату та не респондентам не потрібно витратити купу часу на надання відповідей,
- при аналізі даних можна більш детально визначити та оцінити цільову аудиторію, її демографічні та поведінкові ознаки.

Однак, визначення індексу лояльності клієнтів має і ряд мінусів.

Серед яких:

- неможливість використовувати його ізольовано, достовірно не продемонструє всієї ситуації, особливо якщо невідомі економічні, демографічні та культурні аспекти в тому регіоні, де проводиться дослідження,

- має не постійний характер, оскільки думка пацієнтів може змінитись та людина може перейти з промоутера в критика в залежності від емоційного стану,
- кожен відгук допомагає визначити та оцінити ситуацію тільки в даний конкретний період часу,
- у перспективі довгострокового використання необхідно проводити опитування постійно та на регулярній основі,
- у метриці Net Promoter Score є проблема, яка не відображає реальність: користувачі відповіли позитивно та сказали, що рекомендують ваш продукт, а насправді можуть ніколи не зробити цього. Виходить, що відсоток опитаних високий, а результат готовності рекомендувати зводиться нанівець.

Всі ці мінуси схиляють до думки що показник мінливий, а в прийнятті рішення стосовно його впровадження потрібно розглянути питання раціональності його впровадження в кожному окремо взятому закладі.

## **Висновки до розділу 2**

1. Законодавче регулювання є основою впровадження будь яких змін. В Україні створено необхідний фундамент для створення нормативних документів з основою на сучасні клінічні настанови та європейські підходи. На жаль, частина існуючих нормативних документів має формальний характер та не виконується в повному обсязі. Пріоритетним в створенні законодавчих змін щодо питань якості в системі охорони здоров'я є основа на принципи доказової медицини, залучення найкращих індикаторів якості, з залученням їх не тільки з системи охорони здоров'я, але й з інших отраслей життя, наприклад підприємництва.

2. Проведений аналіз задоволеності населення та медичних працівників наявною системою управління якістю медичних послуг в Україні (на прикладі Харківської області) демонструє, що в цілому більшість населення задоволені запропонованими змінами, які впроваджуються в рамках реформи в галузі охорони здоров'я на сучасному етапі та системою охорони здоров'я в Україні в цілому. Основою процесу подальшого вдосконалення може слугувати аудит (внутрішній, зовнішній, клінічний). Однак при проведенні даних аудитів думка пацієнта, як ключового стейкхолдера повинна бути домінуючою у визначенні подальших стратегічних напрямів розвитку системи охорони здоров'я.

3. Індекс лояльності клієнта, як критерій якості в сфері охорони здоров'я - може слугувати одним з індикаторів якості в оцінці якості медичних послуг, однак не може використовуватись самостійно. При аналізі показників потрібно зважати на численні фактори. На сучасному етапі аналіз роботи закладів охорони здоров'я спирається на визначення вже дано існуючих та затверджених облікових та статистичних показників, які є основою в оцінці показників якості. Однак, позитивний вплив на якість медичною допомогою можливий тільки шляхом розробки та впровадження нових індикаторів, індекс лояльності клієнта може слугувати одним із них.

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ТА РОЛІ ОРГАНІВ ВЛАДИ В ПИТАННЯХ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

#### 3.1. Основні складові посилення ролі держави в управлінні якістю медичних послуг

Різні причини спонукають країни вирішувати проблеми якості в системі охорони здоров'я. Якісна медична допомога сприймається населенням, як показник суспільного благополуччя. Отож органи влади повинні формувати свою діяльність на таких поняттях, як безпека медичної допомоги та її ефективність, поклавши в основу формування стратегій розвитку медичної галузі орієнтованість на дотримання єдиних стандартів, прагнення до загального охоплення медичними послугами, можливе скорочення витрат за рахунок підвищення ефективності та досягнення найкращого співвідношення вартості послуги та якості обслуговування, а також такі поняття, як прозорість та підзвітність. Але перш за все в основу повинно бути покладено таке поняття, людину орієнтованість.

За часи існування України, як незалежної держави, найбільші зміни в підходах до впровадження якості в системі охорони здоров'я України почали відбуватись тільки з 2016 року. Основна мета змін, яка була покладена в стратегію розвитку системи охорони здоров'я стало покращення якості з медичній сфері спираючись на потреби отримувача медичної послуги, а саме пацієнта. Ще однією метою було - раціональне використання існуючого матеріального ресурсу та не можливість залучення додаткових коштів, оскільки матеріальний ресурс, який держава може виділити на систему охорони здоров'я досить обмежений, фіксований на рівні бюджету країни, а не окремо взятого міністерства. Починаючи з 2016



року органи влади на різних рівнях почали активно працювати над впровадженням питань стандартизації в системі охорони здоров'я, контролю цих стандартів та дотримання принципів надання медичної допомоги згідно міжнародних клінічних настанов заснованих на принципах доказової медицини.

Кажучи про роль органів влади в системі охорони здоров'я потрібно пам'ятати про зміни, які виникають в державі після прийняття того чи іншого рішення та результат, до якого призводять ці зміни. Питання подібних змін можна розглянути на прикладі. Наприклад, зміни, які виникають в організмі після функції лікування (відновлення, покращення стану, одужання, повернення втрачених функцій організму) передбачає отримання певного медичного результату. Всі ці функції, а також задоволеність якістю життя пацієнта та медичною допомогою є соціальним результатом. Саме така результативність є ключовою для аналізу та вибору необхідних заходів профілактики, діагностики, лікування та, звісно, вибору необхідних організаційних форм для якісного надання медичної допомоги. Саме ці поняття можуть допомогти встановити необхідну послідовність діяльності та роль органів влади в визначенні основних критеріїв якості, а також перерозподілити ресурси від неефективних та ефективних, а також від методів із меншою вигодою (менш рентабельних) до доступних та більших вигідних (більш рентабельних).

Результативність по відношенню до якості медичної допомоги тісно пов'язана з ефективністю. Існуючі світові глобальні системи охорони здоров'я досягли певних успіхів у задоволенні потреб свого населення, однак навіть у розвинених країнах, якість залишається не такою, як очікувалося, що паралельно відбувається з одночасним швидким збільшенням витрати на охорону здоров'я, порівняно з національним доходом. Внаслідок цього влада певних країн вимушена обмежувати

видатки на охорону здоров'я, які зросли з 3% світового валового внутрішнього продукту у 1948 р. до 7,9% у 2017 р. [48].

Дане зростання обумовлено, перш за все зростанням кількості хронічних захворювань у населення, що в свою чергу пов'язано з старінням населення, відсутністю вимог пацієнтів до якості наданих медичних послуг та медичного обслуговування, а також відсутністю індивідуальної відповідальності лікарів за медичні помилки та не дотриманням стандартів медичної допомоги.

Окремо хочеться виділити проблему лікарських помилок, на яку наразі органами влади звертається не достатньо уваги, а законодавство з цього питання є не однозначним та найчастіше неефективним. В українському законодавстві досі немає чіткого поняття «лікарська помилка». Це проблема, яку законодавство не може врегулювати від самого початку незалежності України. Чіткої інтерпретації та визначення цьому поняттю не можна знайти в жодному нормативно-правовому акті. За наявними даними деяких країн можна знайти сумну статистику, наприклад, згідно з різними дослідженнями, майже 100.000 пацієнтів у Німеччині щорічно стикаються з лікарськими помилками. У 11% пацієнтів стан здоров'я та самопочуття погіршилось через неправильне лікування, а 8% померли через лікарську помилку. У Сполучених Штатах, де система публічної інформації є найбільш відкритою, ситуація не найкраща: близько 100.000 пацієнтів стають жертвами медичної халатності. У Великобританії помилки лікарів призводять до близько 70.000 смертей щороку. Щорічно там реєструється близько 850 тис. випадків серйозних небажаних проявів лікарських втручань, половині яких можна було б запобігти, тобто уникнути додаткових витрат. Ретроспективний аналіз лікарських помилок у двох лікарнях Лондона засвідчив, що несприятливі наслідки лікування мали місце у 11% госпіталізованих, 48% з них визнані запобіжними, як і витрати на їх усунення [26, 31].

Що ж стосовно України? Відповідну статистику знайти майже неможливо. Однією з причин даного явища є те, що кількість медичних помилок у нашій країні може бути жахливою. Все це є не тільки показником якості надання медичних послуг, але й показником значущих економічних збитків, до яких призводять медичні помилки.

Все це покладає на владу та державу у цілому безліч задач, які потрібно вирішувати задля покращення систем та стандартів надання самої медичною допомоги населенню, з подальшим регламентуванням та контролем якості наданих послуг. Оскільки однією з основних причин низької ефективності систем охорони здоров'я у світі є не дії окремих надавачів медичних послуг, а саме проблеми пов'язані з недоліками в системі управління якістю.

### **3.2. Шляхи удосконалення основних прогалин нормативної бази України з питань управління якістю**

Нормативна база щодо питань управління якістю в цілому формувалась в Україні ще з початку незалежності. Трансформація самої держави та її економічної моделі до ринкових відносин призводять до змін відносин між державою та організаціями, підприємствами, надавачами послуг та споживачами цих послуг. Все це має суттєвий вплив на необхідність удосконалення діючого законодавства та нормативного регулювання в питаннях забезпечення якості.

Основна частина існуючого законодавства України у сфері регулювання управління якістю представлено на рисунку 3.1. та засновано на цілому переліку нормативно-правових актів.

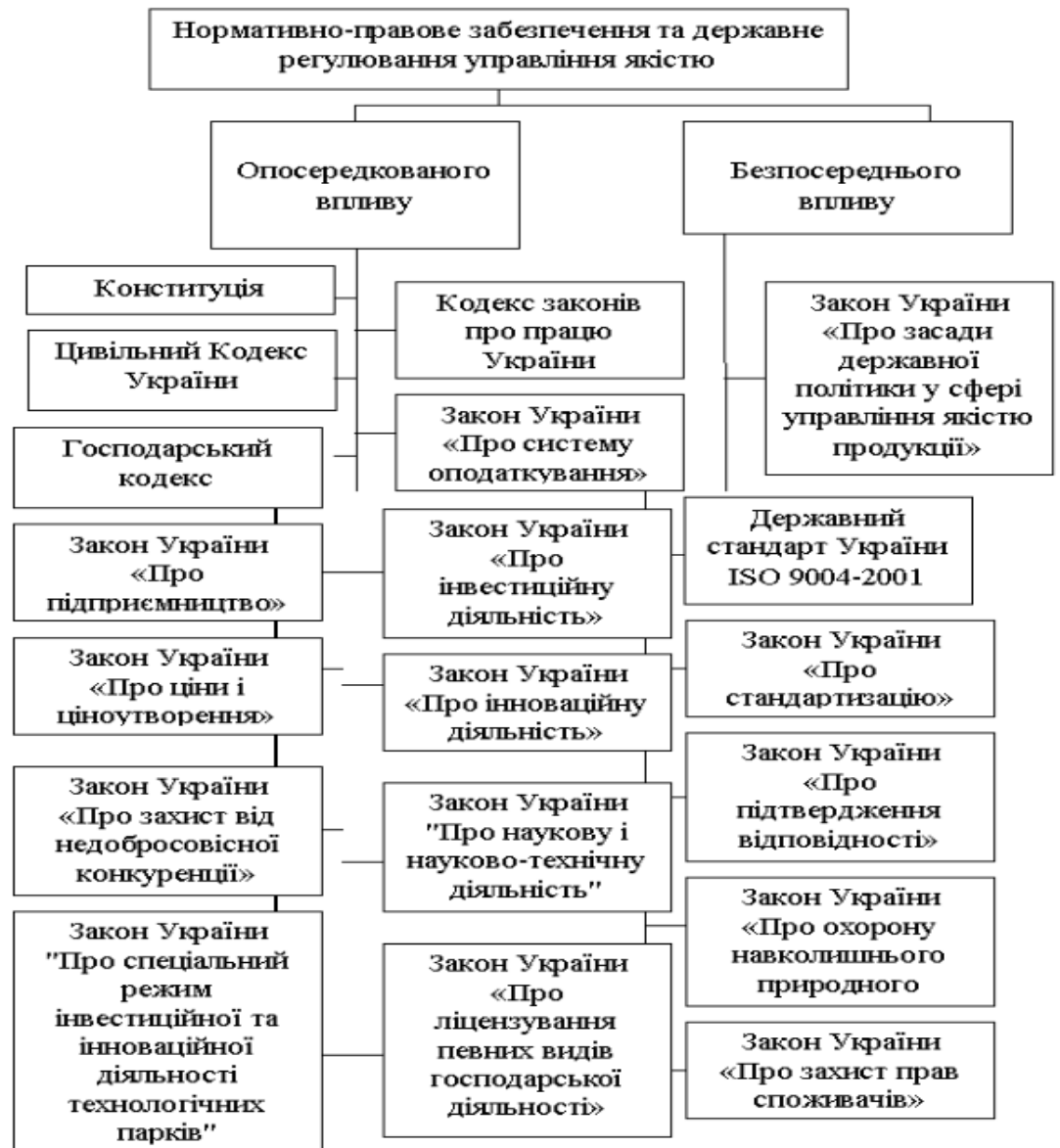


Рис. 3.1. Нормативно-правове забезпечення управління якістю

Стосовно законодавчої бази в питаннях якості в системі охорони здоров'я, більшість положень представлених на малюнку є основою в формуванні нормативної бази в цьому питанні. Однак, законодавче підґрунтя управління якістю медичних послуг в Україні, більш доцільно аналізувати спираючись на позиції сучасного визначення терміну “якість в охороні здоров'я”, сформульований Інститутом медицини в звіті *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. А саме,

регламентованості питань забезпечення ефективної, безпечної, своєчасної, доступної (інтегрованої), раціональної (результативної) та справедливої та орієнтованої на пацієнта медичної допомоги населенню. Аналіз та перелік основних законів України, якими регулюються питання якості в сфері охорони здоров'я представлено у табл. 3.1 наведений в додатку А.

Удосконалення законодавчої бази - це одне з ключових завдань влади, а самі шляхи повинні бути сфокусовані на забезпеченні всіх наведених елементів якості.

Шляхи вдосконалення законодавства повинні бути покладені на забезпечення перш за все на забезпеченості доступності, як одного з ключових елементів якості. Підходи до доступності значно змінилися за останні роки. Це зумовлено не просто численними змінами в законодавстві, а реформуванням системи охорони здоров'я в цілому, змінами в підходах до розгляду самої проблеми доступності, стратегією розвитку системи охорони здоров'я, наявності на "полі гри" в сфері охорони здоров'я нового гравця - Національної служби здоров'я. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) стала стратегічним агентством в питаннях закупівель медичних послуг в Україні, а також одним з ключових стейкхолдерів в питаннях розробки та впровадження клінічних протоколів та стандартів надання медичної допомоги.

Підходи до доступності, як ключового елемента якості стали можливими завдяки прийняттю Закону України "Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги", а доступний самостійний обдуманий вибір лікаря та закладу, де можна отримати медичну допомогу і методів лікування, стали ключовим механізмом в забезпеченні доступності. Після внесених змін до законодавства громадяни України вперше змогли свідомо обрати лікаря та заклад, де вони хочуть отримати медичну допомогу. Окрім того, ця допомога буде надана безкоштовно та буде покриватись державою

згідно Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”.

Поява НСЗУ, як органу, що здійснює закупівлю саме безпечних та якісних медичних послуг, необхідних пацієнту, в межах наявного бюджету - дозволила підняти питання якості на новий щабель. А принцип “гроші йдуть за пацієнтом” ще в більшій мірі підсилив критерій доступності. Зміни, які відбулися за останні роки, з 2018 по 2022 рік, коли на зміну кошторисному фінансуванню прийшла фактична оплата за кожну надану медичну послугу призвели до трансформація свідомості медичного персоналу, з’явилися нові стимули та мотивація підвищувати якість надання медичних послуг.

Проаналізувавши основні накази, які спрямовані на регулювання питання якості медичних послуг в сфері охорони здоров’я помітно, що доступність медичної допомоги задекларована майже всіма основними законами, які регламентують питання охорони здоров’я в Україні, починаючи з головного нормативного документу нашої держави - Конституції України.

Змінились і підходи до надання невідкладної медичною допомоги, що забезпечує не тільки доступність, а й своєчасність та справедливість надання медичної допомоги та регламентується Законом України про “Про екстрену медичну допомогу”. Крім того, положеннями даного закону регламентована відповідальність медичних працівників за несвоєчасне надання медичної допомоги.

Питання безпеки медичної допомоги, її ефективності, результативності та забезпечення професійної діяльності медичними працівниками регламентуються цілим рядом нормативних документів. Дані компоненти відображаються в положеннях Конституції України, ряді постанов кабінету міністрів України, наприклад, Постанові КМУ «Про

затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» та цілим рядом основних законів наведених в таблиці 3.1(додаток А).

Стосовно категорії справедливості або орієнтації на пацієнта в процесі надання медичної допомоги, в українському законодавстві ці питання також регулюються. Зокрема, законодавством передбачено право пацієнта на його попереднє інформування про план діагностики та лікування, а також на відмову від запропонованого лікування, у разі його бажання. Пацієнт має право обрати клінічний протокол за яким лікар буде його вести та спостерігати. Також, законодавством передбачено забезпечення таємниці про стан свого здоров'я пацієнта та про сам факт звернення за медичною допомогою до лікувальної установи, збереження конфіденційності його персональних даних. Справедливість та орієнтація на пацієнта забезпечується також положеннями про тимчасову непрацездатність. Людина тимчасово звільняється від виконання своїх професійних обов'язків у разі виникнення випадку пов'язаного з втратою працездатності на період хвороби. На додаток, законодавством передбачена неприпустимість будь якої дискримінації, чи то з питань соціально значимих хвороб, чи з питань расової чи гендерної дискримінації. Це підтверджується й тим, що законодавчо затверджено цілий ряд наказів та протоколів з гендерної дисфорії, що забезпечує однакові можливості для пацієнтів будь якої статі та гендеру.

Положення більшості українських законів, зокрема наведених в представленому аналізі, не лише визначають та демонструють нам напрям державної політики та її стратегічного розвитку, у тому числі в питаннях якості медичної допомоги, а й делегують відповідні повноваження центральним, місцевим органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування, медичним закладам різних форм власності.

Проведений аналіз наведених законів демонструє характерні риси існуючої законодавчої бази у сфері якості в Україні, а саме: відсутність

єдиного законодавчого акту, спрямованого на регулювання якості медичної допомоги за її складовими, а отже, певний ступінь стратегічної фрагментації. Більшість законів розрізнені та частково регулюють питання якості. Деякі закони, наприклад, «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», «Про захист прав споживачів», «Про внесення змін до Закону України «Про інформацію», «Про звернення громадян», діють не лише в медичній, а й в інших сферах, що ускладнює вирішення конкретних проблем у питаннях якості надання медичної допомоги. На додаток, незважаючи на широке представлення питань справедливості та пацієнт орієнтованості в законодавстві, в житті ці поняття мають більш формальний, ніж практичний характер.

Перехід на так звані ринкові відносини у взаємодії між державою та людьми, за допомогою закупівлі послуг НСЗУ у ЗОЗ, дозволила змінити підходи та більш точно працювати над покращенням якості медичною допомогою. Згідно типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій надавач зобов'язується: належним чином, своєчасно та у повному обсязі виконувати свої зобов'язання; відповідати вимогам до надавача послуг, у тому числі щодо доступності медичних послуг для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення; дотримуватися та забезпечити дотримання вимог законодавства та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; надавати якісні медичні послуги відповідно до специфікацій та встановлених законодавством вимог; забезпечити захист персональних даних, медичної інформації пацієнтів та виконувати цілий ряд інших зобов'язань.

Дані положення цілком відповідають сучасному визначенню якості та забезпечує впровадження ефективної, безпечної, своєчасної, доступної, результативної та людиноцентричної (орієнтованої на пацієнта) медичної допомоги населенню. Однак, типовим договором досі не описаний чіткий



перелік індикаторів роботи надавача медичних послуг, крім індикаторів рівня вакцинації у надавачів ПМД, та механізми контролю виконання договору, що знову ж таки призводить до формалізації процесів, без чіткого практичного підґрунтя та розуміння безпосереднім надавачем медичних послуг (медичним персоналом) критеріїв своєї відповідальності.

Всі ці недоліки, а також відсутність окремого органу або інституції, роба якої буде направлена на розробку, аналіз та контроль основних індикаторів якості - є основою в формуванні шляхів удосконалення основних прогалин нормативної бази України з питань управління якістю.

### **3.3. Користь, перешкоди та ризики в прийнятті рішення щодо впровадження індексу задоволеності клієнта як критерія якості**

Прийняття рішення з метою впровадження будь яких змін - це не випадковий процес. Даний процес залежить від закономірностей та середовища, в якому перебуває конкретна людина, керівник або представник органів влади.

Розглядаючи можливі зміни в системі охорони здоров'я, потрібно розглянути певні її особливості, як інститута, які так чи інакше взаємопов'язані та впливають один з одного та впливають на прийняття рішення в подальшому з метою впровадження будь яких індикаторів, в тому числі індексу задоволеності клієнта. Такими чинниками чи обставинами можуть стати: невизначеність виникнення попиту, який залежить від зовнішніх чинників. Наприклад виникнення попиту на КТ органів грудної клітини, УЗД легень та інші медичні послуги, який значно збільшився та пов'язаний з пандемією коронавірусної інфекції, які було неможливо передбачити плануючи розвиток цих послуг у державі та конкретних медичних закладах заздалегідь. Так само неможливо було передбачити й

повномаштабне вторгнення Росії на територію України. Не можливо було їх передбачити й будуючи стратегічні плани розвитку галузі у цілому.

Велике значення на прийняття рішення в рамках огляду системи охорони здоров'я має й певна інформаційна асиметрія між надавачем та споживачем медичних послуг. Наприклад, пацієнт не володіє повною інформацією про захворювання та не в змозі встановити діагноз, з чого випливає, що він самотійно не в змозі визначити обсяг необхідних втручань та маніпуляцій необхідних для надання медичних послуг, він не знає побічних ефектів та можливих ускладнень. Це породжує певну нерівність, де недобросовісний надавач послуг має можливість маніпулювати цими питаннями та впливати на економічні ресурси, а пацієнт, як споживач, не в змозі зробити раціональний споживчий вибір в умовах інформаційної асиметрії.

На сучасному етапі опитування може слугувати одним з основних інструментів оцінки рівня якості системи ОЗ. Оцінка задоволеності пацієнта залишається ключовим елементом у взаємодії пацієнта та медичною системою у цілому згідно визначення Європейського бюро ВООЗ. А порівняння показників задоволеності між закладами, регіонами може стати рушієм покращення якості надання медичних послуг.

Отримуючи таку послугу, як медична допомога, пацієнт не в змозі оцінити доцільність даного продукту в повній мірі. Наприклад, отримуючи дороговартісні ліки людина не в змозі оцінити їх вартість, оскільки відчує покращення самопочуття тільки через певний час та не в змозі прогнозувати всі позитивні та негативні наслідки такого лікування. Так само і з будь якою медичною послугою, необхідність та вартість якої людина не в змозі оцінити, але виявлені зміни, на ранніх етапах, в подальшому збережуть не тільки економічний ресурс у вигляді грошей пацієнта, а й нададуть можливість покращити свій економічний стан в подальшому, завдяки часу, який подарує ця процедура, не кажучи вже про збереження життя та інших

благ пов'язаних з нею. Суб'єктивізм в прийнятті рішень, який залежить від певних психологічних факторів та аспектів - це головна перешкода та ризик, який може виникнути при впровадженні індекса задоволеності клієнта, як індикатора якості.

Сама по собі задоволеність - це певний психологічний стан людини, який виникає після того, як була досягнуто мета, а саме бажаний результат. Саму задоволеність визначають більше в сфері маркетингу та трактують, як ступінь відповідності певним очікуванням людини. Однак, як в маркетинг, так і в медицині, це й фактор спонукає заклади ставати краще у зв'язку з стимулюванням конкуренції, як ключового фактора розвитку.

Впровадження індикаторів з оцінкою задоволеності та лояльності пацієнта, як обов'язкового показника одного з елементів якості, а саме пацієнт орієнтованості, на державному і місцевому рівні, призведе до стимуляції закладів охорони здоров'я більше конкурувати між собою прагнути стати краще та надати якісну послугу.

Однак, постійне прагнення задовольнити пацієнта може вплинути на якість і з негативною сторони. Постійне бажання саме "догодити" пацієнту може переключити увагу з найціннішого, з самої медичної послуги в цілому.

Важливо розуміти, що крім оцінки медичної послуги (наприклад технічне виконання) та задоволеності закладом у цілому, для отримання вдалого результату важливо оцінювати співвідношення задоволеності та важливості. А також розуміти, що наявна інформація про природу проблеми й можливі варіанти її вирішення, яка існує у учасників даного процесу, незалежно від того це споживач медичної послуги чи її надавач, свідомо неадекватна. Одержати більш точну й повну інформацію досить складно, зазвичай через відсутність грошей або часу. Крім того, значна частина наявної інформації стосовно певної послуги не ревалентна, а наявна інформація сприймається часто перекручено.

Отож серед негативних сторін впровадження індексу лояльності клієнта, як індикатора якості в сфері охорони здоров'я можливі такі перешкоди та негативні впливи:

- не може використовуватись, як окремий ізольований індикатор;
- оцінює не всі елементи якості, більше спрямований на елементи пацієнт орієнтованості та не має змоги достовірно продемонструвати ситуацію в закладі охорони здоров'я, особливо якщо невідомі економічні, демографічні та культурні аспекти в тому регіоні, де проводиться визначення індикатора;
- при ізольованому визначенні має суб'єктивний характер, залежить від певних психологічних особливостей людини, що проводить оцінку на даний момент, оскільки думка може змінитись в залежності від емоційного стану та дозволяє точно оцінити ситуацію тільки в даний конкретний період часу;
- потребує оцінки та аналізу на регулярній основі з чітко визначеною періодичністю;
- не завжди відображає реальність.

Однак, впровадження даного індикатора, як критерія визначення якості можливе та може призвести до позитивних очікуваних результатів. Оскільки побудова сучасної системи медичної допомоги акцентована перш за все на задоволення медичних потреб населення.

Даний індикатор може стати зручним та простим інструментом та не потребує складних розрахунків. Може бути залученим та використовуватись у створенні системи стандартизації медичних послуг, а отримані результати можна швидко проаналізувати, зрозуміло донести та покласти в основу майбутніх структурних змін.

### Висновки до розділу 3

1. Влада відіграє ключову роль в формуванні стратегії розвитку та формуванні індикаторів якості в системі охорони здоров'я. Кінцевою метою в формуванні питань якості в державі є збереження здоров'я населення. Перехід від кошторисного фінансування до договірних відносин в системі охорони здоров'я внесе вагомий внесок в формуванні питань якості в медицині. Саме закупівля медичної послуги сприяє підвищенню конкуренції між закладами, збільшує мотивацію працівників, створює стимули до покращення роботи.

2. Основні шляхи удосконалення прогалин нормативної бази України з питань управління якістю засновані на ключових елементах сучасного визначення поняття якості.

3. Впровадження індексу лояльності (задоволеності) клієнта, як критерія якості в галузі сфері охорони здоров'я призведе до покращення якості та збільшення конкуренції між закладами, однак потрібно розуміти, що даний показник часто є суб'єктивним та не може використовуватись ізольовано.

## ВИСНОВКИ

1. Поняття управління якістю в системі охорони здоров'я - це багатогранне поняття. Проведений аналіз різноманітних джерел демонструє, що питання якості товарів і послуг залишається актуальним та одним з найбільш досліджуваних в багатьох країнах світу. Питанням управління якістю медичних послуг в сфері охорони здоров'я присвячена велика кількість науково - практичних досліджень. Актуальність проблеми якості медичної допомоги в Україні, світовий досвід функціонування систем менеджменту якості на основі міжнародних стандартів, зокрема, в медичній галузі.

2. Зміни в системі управління якістю в системі охорони здоров'я на сучасному етапі почалися в 2016 році, коли були впроваджені законодавчі зміни та розроблена стратегія подальшого розвитку сфери охорони здоров'я в Україні, що стало початком реформування галузі в цілому. Впроваджені зміни значною мірою позитивно вплинули на розвиток якості в сфері охорони здоров'я.

3. Більшість країн світу приділяють велику увагу проблемам якості в охороні здоров'я, що викликано підвищенням вимог населення до покращення якості. Це підтверджується створенням цілого ряду інституцій, основною метою роботи яких є аналіз показників якості, розробка та впровадження нових індикаторів якості. Аналіз існуючого досвіду управління якістю в охороні здоров'я в США та Великобританії мають певні відмінності від управління якістю в Україні. Однак підходи, які впроваджуються в нашій державі на сучасному етапі відповідають сучасним напрямкам та направлені на запровадження 6 ключових елементів якості.

4. Задоволення потреб населення України в якісній медичній допомозі регулюється на державному рівні сформованою потужною законодавчою базою. Однак розпорошеність цілей, відповідних

компонентам якості, по різних законодавчих актах та регулювання ними якості не лише в медичній сфері, але й в інших галузях економічної діяльності ускладнює постановку і вирішення специфічних для охорони здоров'я завдань, методів і засобів їх виконання.

5. Проведений аналіз продемонстрував, більшість респондентів все ж задоволені сучасним станом речей в поняттях якості в системі охорони здоров'я та самою системою у цілому. Визначені можливі шляхи впровадження законодавчих змін в системі управління якістю в сфері охорони здоров'я України, спираючись на думку пацієнта (індекс задоволеності (лояльності) клієнта, як одного з індикаторів якості).

6. Розглянуто нормативно-законодавче забезпечення управління якістю медичної допомоги в Україні, яке досить розгалужене. Часто має формальний характер. Виявлені основні прогалини в законодавстві.

7. Зміни запроваджені з початком реформування галузі лише частково вплинули на організаційну структуру, спроможну виконувати завдання з забезпечення та поліпшення якості. Підсилення акценту у галузевих нормативно-правових документах на поняття задоволеності, як ключового фактора клієнтоорієнтованості, призведе до підсилення організаційної діяльності у сфері якості медичних послуг. До питання управління якістю повинні бути залучені не тільки органи влади, але й співробітники та пацієнти.

8. Запропоновано нові індикатори якості в системі охорони здоров'я, а саме можливість використання індексу задоволеності клієнта, як одного з індикаторів якості в сфері охорони здоров'я.

9. Запропонована зміни базуються на сучасних тенденціях та розроблені на основі міжнародних стандартів на системи управління якістю, що суттєво доповнює існуючу систему стандартизації в охороні здоров'я України.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. [Електронний документ] – Режим доступу [http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Dtr\\_du/2010\\_3/files/DU310\\_02.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2010_3/files/DU310_02.pdf).
2. Богомаз В.М. Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування//Український медичний часопис: Наук.- практ. Загально медичний журн. – 2006. – № 1. – С. 104-108.
3. Бондар В. П. Концепція розвитку аудиту в Україні: теорія, методологія, організація:[монографія]/В.П.Бондар. Житомир. держ. технол. ун-т.- Житомир: ЖДТУ, 2008. – 455 с.;
4. Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. – К.:Задруга,2001.
5. Беркун Скотт. Зроблено. Проектний менеджмент на практиці / Скотт Беркун / М.: "Манн, Иванов и Фербер", – 2019г
6. Боссиди Л. Исполнение: Система достижения целей / Л. Боссиди, Р. Чаран; пер. с англ. – М.: Альпина Паблишерз, 2017. – 325 с.
7. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2/2021.(66- 70с.).
8. Верховної ради України. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/index>
9. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів / Ю.В. Вороненко, А.М.Сердюк, О.П. Мінцер [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – №1. – С. 37- 41.
10. Вуори Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.



11. Гайдаєв Ю.О., Коваленко В.М., Корнацький В.М. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги: Аналітично Статистичний посібник. – К., – 97 с.
12. Гойда Н.Г., Горачук В.В. Медико-соціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги / Тези доповідей конференції з міжнародною участю «Медична та біологічна інформатика та кібернетика: віхи розвитку». – Київ.–2011. – С. 27.
13. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія / В.В. Горачук . – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. - С. 18- 23.
14. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) [Електронний ресурс] : моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2019. 460 с. URL: [http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg\\_dpouzou.pdf](http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf).
15. Гришин В.В., Кисельов А.А., Кардашев В.Л., та інших. Контроль якості подання медичної допомоги у умовах медичного страхування провідних країн світу. М., 2005 р.
16. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2018. 116 с.
17. Державний експертний центр МОЗ України. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://www.dec.gov.ua>
18. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників галузі охорони здоров'я / розроб. Підаєв А. В. та ін. К.: МОЗ України, Мін-во праці та соц. політики. 2017. 229 с.
19. Евразийский союз ученых (2020) Инновационный подход к логистике в медицине [Електронний документ]. – Режим доступу <https://euroasia-science.ru/ekonomicheskie>.

20. Електронний журнал “Ваше здоров’я” від 11.08.2017 “Контроль якості медичної допомоги в Україні – голий король?” [Електронний документ]. – Режим доступу <https://www.vz.kiev.ua/kontrol-yakosti-medychnoyi-dopomogy-v-ukrayini-golyj-korol>
21. Заков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги» / О.Л. Зюков //Охорона здоров’я України. – 2007. – № 3–4. – С. 54–59.
22. Звіт ВООЗ “На шляху до здоровішої України. Прогрес у досягненні Цілей Сталого Розвитку у галузі охорони здоров’я – 2020” Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021 р.
23. Інститут покращення охорони здоров’я США [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.ihl.org/?fbclid=IwAR10b4zAwPvZ6T9Hc8ELcbOOTNifJjNflQaZBV43xHOdlJFvCUjh708IBhI>
24. Конституція України. Документ 254к/96-ВР, чинний, поточна редакція від 01.01.2020.
25. Кіча Д.І., Фоміна А.В. Основи економіки та фінансування охорони здоров’я. URL: [medbib.in.ua](http://medbib.in.ua). 2019. 258с.
26. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник на основі матеріалів онлайн-курсу. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров’я». Київ, 2021.
27. Кузьменко О.В. Курс адміністративного права України : підручник. 3-тє вид., допов. Київ : Юрінком Інтер, 2018. 904 с.
28. Лавриненко О.О., Рогова О.Г., Панасюк С.А. Коментар медичного законодавства України, станом на 01.03.2011 р. Київ : «Вид. дім «Персонал», 2011. 360 с.
29. Літвак А.В., Погорілий В., Тищук М. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні // Всеукраїнське лікарське товариство, Одеська крайова організація. – 2000. – 96 с.

30. Лехан В.М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня // В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, В.В. Волчек. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я, 2008. 44-52.

31. Лехан В.М. Стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні//Главний врач. – 2005.

32. Методичні рекомендації ВООЗ “Варіанти найкращих практик для розробки клінічних протоколів в Україні” Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021 р.

33. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

34. Наказ МОЗ України від 08.10.2012 року № 786 “Про визначення головної організації у сфері розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, проектів нормативних актів щодо медичного, в тому числі фармацевтичного, обслуговування та фармаконагляду”.

35. Наказ МОЗ України від 22. 09.2019 № 446 “Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів” з змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 1106 від 12.05.2020, № 74 від 19.01.2021, № 1753 від 18.08.2021.

36. Національний стандарт ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я», прийнятий методом перекладу, ідентичний щодо EN 15224:2016 (версія en) Quality management systems – EN ISO 9001:2015 for healthcare (Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я): [Електронний документ]. – Режим доступу [http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id\\_doc=82162](http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=82162)

37. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>.

38. Національна служба здоров'я. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://nszu.gov.ua>

39. Портал індикаторів якості медичної допомоги агенції з досліджень та якості в охороні здоров'я США. [Електронний документ]. – Режим доступу <https://qualityindicators.ahrq.gov>

40. Портал індикаторів Канадського Інституту медичної інформації. [Електронний документ]. – Режим доступу . [https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/indicators/health-indicators?fbclid=IwAR0t1WZD70IjwHhAXodlwo\\_8vhBdNFifnzIV35iTD-RqfV1wnaHnBmCiv3k](https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/indicators/health-indicators?fbclid=IwAR0t1WZD70IjwHhAXodlwo_8vhBdNFifnzIV35iTD-RqfV1wnaHnBmCiv3k)

41. Портал індикаторів якості медичної допомоги Організації економічної співпраці та розвитку [Електронний документ]. – Режим доступу [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_HCQI&fbclid=IwAR2le6SjQwZM9RgzoFvEYXpI3MiBTWXgHMOHfGgX-xgyWkExduCmb0Qz8lk](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI&fbclid=IwAR2le6SjQwZM9RgzoFvEYXpI3MiBTWXgHMOHfGgX-xgyWkExduCmb0Qz8lk)

42. Портал індикаторів охорони здоров'я та догляду Великої Британії [Електронний документ]. – Режим доступу <https://digital.nhs.uk/services/national-indicator-library>

43. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України 222-VIII, чинний, поточна редакція від 05.01.2022 “Про ліцензування видів господарської діяльності” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

44. Про захист прав споживачів: Закон України 1023-XII, чинний, поточна редакція від 25.07.2021 “Про захист прав споживачів” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

45. Про інформацію: Закон України 2657-XII, чинний, поточна редакція від 01.01.2022 “Про інформацію” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

46. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування: Закон України 2168-VIII, чинний, поточна редакція від 12.01.2022 “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

47. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я: Закон України 3611-VI, чинний, поточна редакція від 30.01.2018 “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

48. Про екстрену медичну допомогу: Закон України 5081-VI, чинний, поточна редакція від 07.01.2022 “Про екстрену медичну допомогу” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

49. Про лікарські засоби: Закон України 123/96-ВР, чинний, поточна редакція від 13.11.2021 “Про лікарські засоби” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

50. Про психіатричну допомогу: Закон України 1489-III, чинний, поточна редакція від 20.12.2018 “Про психіатричну допомогу” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

51. Про зверненн громадян: Закон України 393/96-ВР, чинний, поточна редакція від 01.01.2022 “Про звернення громадян” [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua>.

52. Програмне забезпечення для визначення індикаторів якості [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://qualityindicators.ahrq.gov/software/>

53. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / за заг. ред. В.М. Князевича. Київ : Наукова думка, 2010. С. 250.

54. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту : <http://www.moz.gov.ua>
55. Офіційний сайт департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://medical.city.kharkov.ua/ua/medychni-statystychni-zvity-2019-2020>
56. Організаційна поведінка / Д. Гелрігел, Дж. В. Слокум-молодший, Р.В. Вудмен, Н.С. Бренінг; Пер. з англ.. І. Тарасюк, М. Зарицька, Н. Гайдукевич. – К.: Вид-во Соломії Павличко «Основи», 2018. – 726 с.
57. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / за заг. ред. В.М. Князевича. Київ : Наукова думка, 2010. С. 250.
58. Реформа системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту : (<https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemiohoroni-zdorovya>) .
59. Укрінформ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3269908-trivalist-zitta-ukrainciv-nizca-niz-seredna-u-sviti-demografi.html>
60. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. К. : Фенікс, 2018. 276 с.
61. Управління якістю в охороні здоров'я. Матеріали он-лайн курсу [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://prometheus.org.ua/prometheus-plus/quality-management-oz>
62. Центр медичної статистики МОЗ України. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>
63. Харківська обласна державна адміністрація [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://kharkivoda.gov.ua/oblasna-derzhavna-administratsiya/struktura-administratsiyi/strukturni-pidrozdili/141>
64. Agree Research Trust (2001) The appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instruments <http://www.agreetrust.org/resource-centre>

65. Burgers J.S., Fervers B., Haugh M. et al. (2004) International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation Instrument. *J. Clin. Oncol.*, 22(10): 2000–2007.

66. Benchmarking The Hospital Logistics Process.

URL :

<https://logisticsmanagementandsupplychainmanagement.wordpress.com/category/healthcare-logistics/>

67. Christopher, M. Logistics and Supply Chain Mangament. Strategies for Reducing Cost and Impoving Service / M. Christopher. – 2 ed. – London : Financial Temes-Pitman Publishing, 2018. – 80 p.

68. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

69. Donabedian A. Criteria, Norms and Standards of Quality: what do they mean? // *Amer. J. Publ. Health.* – 1981. – Vol. 200. – P. 409 – 412.

70. Fischer G.C., Berndt M. (2000) Medizinische Leitlinien: Juristische Dimension. *Dtsch. Arztebl.*, 97(28–29): <https://www.aerzteblatt.de/archiv/23672/Medizinische-Leitlinien-Juristische-Dimension>.

71. Maxwell R.J. (1992) Dimensions of Quality of revisited: from thought to action.

72. Pharma 2020: The Vision — Which Path Will You Take? by P riceWaterhouse Coopers [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pharma2020/pharma-2020>.

## ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 3.1

Перелік основних законів України, що регулюють якість  
медичної допомоги за її компонентами

№з/п	Основні закони України, що регулюють забезпечення якості медичної допомоги	Компоненти якості медичної допомоги, на які спрямовано законодавство					
		Доступність	Свочасність	Результативність	Ефективність	Безпека	Справедливість
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Конституція України від 28.06.1996 року	+				+	+
2	Закон України 2801-ХІІ, чинний, поточна редакція 12.01.2022 “Основи законодавства про охорону здоров’я”	+	+	+	+	+	+
3	Закон України 222-VІІІ, чинний, поточна редакція від 05.01.2022 “Про ліцензування видів господарської діяльності”	+		+		+	+



Продовження табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7	8
4	Закон України 1023-ХІІ, чинний, поточна редакція від 25.07.2021 “Про захист прав споживачів”	+				+	+
5	Закон України 2657-ХІІ, чинний, поточна редакція від 01.01.2022 “Про інформацію”	+					+
6	Закон України 2168-VІІІ, чинний, поточна редакція від 12.01.2022 Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення	+	+			+	+
7	Закон України 4004-ХІІ, чинний, поточна редакція від 14.01.2021 “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення”	+				+	+

Продовження табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7	8
8	Закон України 3611-VI, чинний, поточна редакція від 30.01.2018 “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги”	+	+	+	+	+	+
9	Закон України 1645-III, чинний, поточна редакція від 10.12.2021 “Про захист населення від інфекційних хвороб”	+				+	+
10	Закон України 2861-VI, чинний, поточна редакція від 23.12.2010 “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення”,	+		+		+	+

Продовження табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7	8
11	Закон України 2586-III, чинний, поточна редакція від 28.12.2015 "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз",	+		+		+	+
12	Закон України 5081-VI, чинний, поточна редакція від 07.01.2022 "Про екстрену медичну допомогу"	+	+			+	+
13	Закон України 2427-VIII, чинний, поточна редакція від 07.01.2022 „Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людей”	+	+	+		+	+
14	Закон України 931-IX, чинний, поточна редакція від 12.01.2022, Про безпеку та якість донорської крові та компонентів крові	+	+	+		+	+

Продовження табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7	8
15	Закон України 123/96-ВР, чинний, поточна редакція від 13.11.2021 “Про лікарські засоби”	+		+	+	+	+
	Закон України 1489-ІІІ, чинний, поточна редакція від 20.12.2018 “Про психіатричну допомогу”	+		+		+	+
	Закон України 393/96-ВР, чинний, поточна редакція від 01.01.2022 “Про звернення громадян”						+

## Додаток Б

Анкета “Роль органів влади в удосконаленні системи управління  
якістю медичних послуг в системі охорони здоров’я”

## Розділ 1. Загальні відомості.

## 1. Ваша стать:

- жінка
- чоловік
- не хочу відповідати

## 2. Ваш вік:

- до 20 років
- 21 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- понад 61

## 3. Ваше місце проживання:

- обласний центр
- місто
- районний центр
- село/селище

## 4. Область проживання:

- Вінницька
- Волинська
- Дніпропетровська
- Донецька
- Житомирська
- Закарпатська
- Запорізька
- Івано-Франківська
- Київська
- Кіровоградська
- Луганська
- Львівська
- Миколаївська
- Одеська
- Полтавська
- Рівненська
- Сумська

- Тернопільська
- Харківська
- Херсонська
- Хмельницька
- Черкаська
- Чернівецька
- Чернігівська
- Автономна Республіка Крим

5. Ваша освіта:

- Вища
- Незакінчена вища
- Середня спеціальна
- Середня загальноосвітня
- Неповна середня

6. Соціальна група:

- керівник організації / власник організації
- службовець / фахівець
- працівник сфери охорони здоров'я
- підприємець
- робітник
- домогосподарка
- непрацюючий
- особа з інвалідністю
- пенсіонер
- учень / студент
- інше

Розділ 2. Зв'язок пацієнта з системою охорони здоров'я України.

1. Як ви вважаєте, на кого має покладатися відповідальність за формування та підтримку здоров'я людини?

- на владу
- на суспільство
- на родину
- на колектив
- на медичних працівників
- на особистість, тобто безпосередньо на людину
- важко відповісти
- інше

2. Як часто ви звертаєтесь за медичною допомогою до закладів охорони здоров'я?

- не пам'ятаю коли відвідував останній раз
- не відвідував більше 5 років
- не відвідував 3- 5 років
- не відвідував 1 - 3 роки
- не відвідував більше року
- відвідую один раз на рік
- відвідую один раз на три місяці
- відвідую щомісяця
- відвідую кожного тижня
- інше

3. До яких лікарів та лікувальних установ Вам доводиться найчастіше звертатись?

- Установи, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторії сімейної медицини, ЦПМСД та інші)
- Лікарні інтенсивної та невідкладної допомоги
- Лікарні планового лікування
- Лікарні відновного лікування
- ХОСПСи
- Лікарні медико-соціальної допомоги
- Третинна високотехнологічна медична допомога
- інше

4. З якою ймовірністю від 1 до 10 ви порекомендуєте медичний заклад, до якого ви звертались останній раз своїм друзям та родичам?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ніколи не порекомендую           завжди рекомендую

5. Чи задоволені ви результатами медичної допомоги у закладі, куди найчастіше звертаєтесь?

- Задоволений частково
- Цілком задоволені
- Частково не задоволені
- Цілком не задоволені
- Важко відповісти
- інше

6. Чи задоволені ви якістю медичних послуг у закладі, куди найчастіше звертаєтесь?
- Задоволений частково
  - Цілком задоволені
  - Частково не задоволені
  - Цілком не задоволені
  - Важко відповісти
  - інше
7. Що для вас є найважливішим при виборі медичного закладу? (не більше 5-ти варіантів)
- Кваліфікований медичний персонал
  - Якісне та сучасне медичне обладнання та устаткування
  - Безкоштовні медичні послуги
  - Зручне територіальне розташування
  - Комфортні умови перебування
  - Доброзичливе відношення персоналу
  - Порада друзів або колег
  - Наявність індикаторів якості надання медичної допомоги
  - Дотримання державних стандартів в призначенні лікування
  - Використання сучасних протоколів лікування
  - Дотримання принципів доказової медицини
  - Мені все одно
  - інше
8. З якими труднощами ви стикаєтесь під час звернення за медичною допомогою? (не більше 5 відповідей)
- Недостатній рівень кваліфікації та професійної підготовки медичних працівників
  - Застаріла матеріально-технічної бази в закладах
  - Низька якість надання медичної допомоги
  - Відсутній електронний запис
  - Довгі черги на прийом до лікаря
  - Незручний графік прийому лікаря
  - В лікувальній установі не надаються потрібні мені послуги
  - Незручне місце розташування лікувального закладу
  - Незадовільні санітарно-гігієнічними умови в лікувальному закладі (освітлення, опалення, водопостачання, санітарні нормами приміщень, їх оформленням)
  - Висока вартість послуг
  - Необхідність надання подяки лікарю "з кармана" або хабаря



- Недостатній сервіс в лікувальному закладі
  - Не стикалися ні з якими труднощами
  - інше
9. Згідно міжнародного стандарту якості у сфері охорони здоров'я ISO 9001:2015 виділяють 11 основних ознак (принципів) якості. Оберіть 3 ознаки, які ви вважаєте найважливішими.
- Належна правильна допомога
  - Доступність
  - Безперервність
  - Дієвість (результативність обраних методів)
  - Ефективність (співвідношення результату та вкладених ресурсів)
  - Рівність
  - Використання доказової медицини
  - Пацієнт-орієнтованість
  - Залученість до лікувального процесу
  - Безпека
  - Часові рамки
10. Медичні заклади якої форми власності ви найчастіше обираєте та відвідуєте?
- Державні та комунальні
  - Приватні
  - Не має значення
11. Чи вважаєте ви однаковою якість надання медичної допомоги в державних (комунальних) та приватних лікувально-профілактичних закладах?
- Так
  - Ні
  - Важко сказати
12. Чи звертались ви до закладів охорони здоров'я поза межами України?
- Так
  - Ні
13. Чи вважаєте ви якість надання медичних послуг в системі охорони здоров'я в Україні та за кордоном однаковою?
- Якість надання медичних послуг краще в Україні
  - Якість надання медичних послуг краще за кордоном
  - Важко відповісти

- Ніколи над цим не замислювався

14. Основні витрати при лікуванні у вас ідуть на:

- Придбання ліків та виробів медичного призначення
- Аналізи та обстеження
- Хабарі та подяки медичним працівникам
- Благодійні внески медичному закладу
- інше

15. Яку суму грошей ви витрачаєте на лікування та діагностику протягом року?

- до 1.000 грн
- 1.000 - 5.000 грн
- 5.000 - 10.000 грн
- Понад 10.000 грн
- Понад 20.000 грн

Розділ 3. Стан охорони здоров'я в Україні.

1. Чи задоволені ви сучасним станом охорони здоров'я в Україні?

- Задоволений
- Не задоволений
- Важко відповісти

2. Як ви вважаєте, чи достатньо інформації, якою ви володієте, про зміни в системі охорони здоров'я України?

- Вважаю, що достатньо
- Скоріше так, ніж ні
- Скоріше ні, ніж так
- Вважаю, що недостатньо
- Важко відповісти

3. Чи підтримуєте ви зміни в системі охорони здоров'я, які відбуваються в рамках реформи охорони здоров'я?

- Так
- Ні
- Я не відчув змін
- Важко відповісти
- інше

4. Чи вважаєте ви, що система охорони здоров'я в Україні потребує термінових змін?

- Система охорони здоров'я потребує негайних змін

- Система охорони здоров'я потребує поступових виважених змін
  - Система охорони здоров'я не потребує змін
  - Зміни в системі охорони здоров'я ідуть чітким виваженим курсом
5. Як ви ставитесь до запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування?
- В цілому позитивно
  - В цілому негативно
  - Важко відповісти
  - Не розумію про що йдеться
  - інше
6. Як ви ставитесь до запровадження в Україні співоплати медичних послуг? (Співоплата - це платіж, який покриває частину вартості послуги з кишені пацієнта або його страховки. Вона йде поверх тарифу, який оплачує держава та може працювати, як у комунальному закладі, так і у приватному)
- В цілому позитивно
  - В цілому негативно
  - Важко відповісти
  - Не розумію про що йдеться
  - інше
7. Як, на вашу думку, змінилася якість надання медичної допомоги в цілому за останні 4 роки?
- Погіршилась
  - Покращилась
  - Залишилась без змін
  - Важко відповісти
8. Як, на вашу думку, змінилась якість медичної допомоги в державних (комунальних) закладах за останні 2 роки?
- Скоріше погіршилась
  - Важко відповісти
  - Залишилась на такому ж рівні
  - Скоріше покращилась
  - інше
9. Як, на вашу думку, змінилась якість медичної допомоги в приватних закладах за останні 2 роки?
- Скоріше погіршилась
  - Важко відповісти

- Залишилась на такому ж рівні
- Скоріше покращилась
- інше

10. Як, на вашу думку, змінилась якість медичної допомоги в цілому в Україні після 24.02.2022?

- Скоріше погіршилась
- Важко відповісти
- Залишилась на такому ж рівні
- Скоріше покращилась
- інше

11. Яка, на вашу думку, роль влади в формуванні якості в системі охорони здоров'я?

#### Розділ 4. Особливості надання медичної допомоги

1. Чи маєте ви укладену декларацію з сімейним лікарем/терапевтом/педіатром?

- Так
- Ні
- інше

2. Чи задоволені ви співпрацею та спілкуванням з своїм сімейним лікарем, його роботою?

- Дуже задоволений
- В цілому задоволені
- Важко сказати задоволені, чи ні
- В цілому не задоволені
- Хочу змінити свого сімейного лікаря
- інше

3. Якщо не задоволені то чому?

- Не отримую відповіді на всі запитання, які мене цікавлять
- Пояснення лікаря незрозумілі для мене
- Кваліфікація лікаря не відповідає моїм очікуванням
- Недоброзичливе або байдуже ставлення лікаря
- Недоброзичливе ставлення іншого персоналу
- інше

4. Чи доводилось вам протягом останніх 12 місяців платити за консультацію, огляд, оформлення медичних довідок, лікарняних, інші послуги, сімейному лікарю з яким укладена декларація?

- так, платили офіційно в касу

- так, платили неофіційно, із рук в руки
  - не платили
  - інше
5. Чи доводилось вам протягом останніх 12 місяців платити за консультацію, огляд, маніпуляції вузькому спеціалісту в комунальному (державному) закладі?
- так, платили офіційно в касу
  - так, платили неофіційно із рук в руки
  - не платили
6. Чи знаєте ви про офіційне існування платних послуг в комунальних (державних) лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я?
- Так
  - Ні
  - Важко сказати
  - інше
7. Як ви отримуєте інформацію про офіційний перелік та вартість платних послуг в комунальному (державному) лікувально-профілактичному закладі охорони здоров'я?
- Вам повідомляє сімейний лікар або інший співробітник закладу охорони здоров'я
  - Вам виписують квитанцію для оплати послуг
  - Інформація про платні послуги розміщена на видному місці
  - Самі визначаєте суму "подяки"
  - За прийом лікаря та послуги не платили
  - інше
8. Чи вважаєте ви справедливим твердження: "Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів"
- Так, лікар може відмовитись від ведення пацієнта у даному випадку
  - Скоріше так, ніж ні
  - Скоріше ні, ніж так
  - Ні, вважаю, що лікар не може відмовитись від ведення пацієнта не за яких обставин
  - Важко відповісти
  - інше

9. У якому випадку, на вашу думку, лікар може відмовитись від ведення пацієнта?

Розділ 5. Показники та індикатори якості.

1. Чи вважаєте ви доцільним використання єдиних загальнодержавних індикаторів якості в системі охорони здоров'я?
  - Так, вважаю доцільним
  - Ні, не вважаю
  - Важко відповісти
  - інше
  
2. Чи вважаєте ви доцільним створенням окремої державної або приватної установи (інституту) для контролю показників якості в закладах охорони здоров'я всіх форм власності?
  - Так, вважаю доцільним
  - Ні, вважаю недоцільним
  - Важко відповісти
  - інше
  
3. На вашу думку в Україні потрібно створювати свої індикатори якості в системі охорони здоров'я чи можна використовувати вже розроблені світові стандарти?
  - Розробляти єдині державні Українські індикатори
  - Можна використовувати світові стандарти
  - Важко відповісти
  - Індикатори якості в Україні взагалі не потрібні
  - інше
  
4. Чи може використовуватись на державному рівні, як індикатор якості в системі охорони здоров'я, індекс лояльності клієнта? (Net Promoter Score, «чистий показник підтримки», і показує, наскільки клієнт довіряють компанії і готовий рекомендувати продукт іншим)
  - Так
  - Ні
  - Важко відповісти
  - інше
  
5. Як на вашу думку визначення та оцінка індикаторів якості можуть впливати на якість медичної допомоги в Україні?
  - Покращать якість
  - Погіршать якість

- Якість не зміниться
- Важко відповісти
- інше

6. Які на вашу думку індикатори якості медичної допомоги повинні використовуватись для оцінки в системі охорони здоров'я України?
7. Ваші побажання щодо покращення надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я в Україні