

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

Кваліфікаційна робота

на тему:

«Особливості системи управління якістю медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги»

Виконала: студентка II курсу, групи СПА21

Галузь знань 28 «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»

Освітньої програми «Публічне управління та адміністрування»

Освітній ступень магістр

Березницька Г. Г.

Керівник: к.м.н., доц. Троцький Г.М.

Рецензент: к.м.н., доц. Коцай Б.Р.

Львів – 2023 рік

Березницька Г.Г. «Особливості системи управління якістю медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги»: Кваліфікаційна робота: (281 «Публічне управління та адміністрування») / Г.Г. Березницька / Український католицький університет. Кафедра державного управління; Науковий керівник: к.м.н., доц. Троцький Г. М. – Львів: УКУ, 2023 – 112 с.

Анотація. У роботі розкрито теоретико-методологічні засади ролі індикаторів якості надання первинної медичної допомоги в управлінні якістю медичних послуг в системі охорони здоров'я. Проаналізовано закордонний та вітчизняний досвід використання індикаторів якості, як інструменту контролю якості надання медичної допомоги та роль державних інституцій в посиленні системи управління якістю на національному та місцевому рівні. Визначено перешкоди для впровадження управління якістю надання первинної медичної допомоги. Запропоновано можливості утворення груп рівних, як елемент покращення якості медичних послуг в системі охорони здоров'я.

Ключові слова: якість медичних послуг, первинна медична допомога, система охорони здоров'я, медичні послуги, індикатори якості, законодавче регулювання, державні інституції, безперервний професійний розвиток, групи рівних.

Abstract. The objective of the paper is to present the theoretical and methodological foundations of primary medical care quality indicators role in the quality of medical services in the health care system management. The foreign and domestic experience of using quality indicators as an instrument of quality control in healthcare as well as the role of state institutions in strengthening the quality management system at the national and local level have been analyzed. Obstacles to the quality management implementation of the primary medical care provision have been identified. The possibility of forming groups of equals as the element of the quality of medical services improvement in the health care system has been proposed.

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

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

БПР – безперервний професійний розвиток
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ГР – група рівних
ДП «Електронне здоров'я» – державне підприємство
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
КМУ – кабінет міністрів
КНП – комунальне некомерційне підприємство
МІС – медична інформаційна система
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
НСЗУ – Національна служба здоров'я
НІЗ – неінфекційні захворювання
ОЗ – охорона здоров'я
ПМД – первинна медична допомога
ПМГ – програма медичних гарантій
ФОП – фізична особа-підприємець
JCI – Joint Commission International
NICE – Національний інститут здоров'я та клінічної досконалості
IQI – показники якості стаціонару
PDI – педіатричні показники якості
PQI – показник ефективності
PSI – показники безпеки
TQM – total quality management

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	10
1.1.Визначення питання якості медичної допомоги.....	10
1.2. Основні моделі управління якістю медичної допомоги (аналіз існуючих матеріалів)	15
1.3.Місце індикаторів якості в системі загального менеджменту в ПМД.....	17
1.4.Основні механізми забезпечення якості в системі охорони здоров'я України та інших держав.....	29
Висновки до розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ПМД В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ. АНАЛІЗ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ.....	37
2.1.Аналіз панелей універсального охоплення послугою ПМД за даними дашбордів НСЗУ.....	37
2.2. Аналіз стану впровадження індикаторів якості надання ПМД.....	45
2.3. Дослідження рівня готовності функціоналу МІС до автоматичного розрахунку критеріїв якості надання ПМД.....	59
Висновки до розділу 2.....	64
РОЗДІЛ 3. НОВІ МОЖЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	65
3.1. Роль державних інституцій в посиленні системи управління якістю на національному та місцевому рівні	65
3.2. Перспективні можливості утворення груп рівних, як елемента покращення якості медичних послуг на рівні ПМД.....	70
Висновки до розділу 3.....	74
ВИСНОВКИ.....	75
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77
ДОДАТКИ.....	88

ВСТУП

Актуальність теми. Система охорони здоров'я є важливим пріоритетом держави, оскільки має на меті збереження, захист і посилення здоров'я громадян. Орієнтація на сталий розвиток країн вимагає досягнення загального покриття медичними послугами, забезпечення доступу до безпечних і доступних лікарських засобів і вакцин. Показники, такі як середня тривалість життя, доступність медичних засобів і якість медичних послуг, свідчать про ставлення влади до своїх обов'язків перед громадянами і визначають напрямки реалізації політики у сфері охорони здоров'я.

Загальними трендами в більшості систем охорони здоров'я є: зростання поширеності факторів ризику НІЗ, старіння населення, зростання вимог до доступності та якості медичних послуг, підвищення запитів населення на отримання медичної допомоги, збільшення вартості медичних послуг, дефіцит ресурсів охорони здоров'я, зниження привабливості професії медичного працівника, зменшення інвестицій в ПМД у порівнянні з іншими сферами [99]. При активній реформі в охороні здоров'я всі країни повинні вирішити складне завдання – узгодити потреби в сфері охорони здоров'я та попит на медичні послуги з наявними ресурсами. Українська влада також прагне забезпечити універсальний доступ до медичних послуг для всього населення без обмежень за соціально-демографічними характеристиками пацієнтів, зменшити фінансовий тягар на пацієнта [72].

Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну відбувається одночасно з початком масштабного інфраструктурного етапу реформи системи охорони, метою якого є побудова спроможної мережи медичних закладів як ПМД, так і спеціалізованої медичної допомоги. Війна викликала критичне навантаження на національну систему охорони здоров'я, що пов'язано не лише з нищенням закладів охорони здоров'я, порушенням логістики, дефіцитом фінансування але й підвищенням попиту громадян на

різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритетними до війни. Продовження повномасштабного воєнного вторгнення російської федерації зміщує акцент на доступність та спроможність мережі. Міграція населення та медичних працівників підсилюють наявне навантаження, викликають необхідність впровадження ситуативних рішень, спрямованих на забезпечення універсального доступу до медичних послуг та захисту населення, що ускладнює збір та використання об'єктивних даних в умовах воєнного стану задля прийняття управлінських рішень [5].

Збільшення рівня універсального охоплення медичними послугами охорони здоров'я можна досягти шляхом розбудови потужної, людиноорієнтованої ПМД. Якість ПМД та методи оцінки якості сьогодні визначаються як метод підвищення сталості медичної допомоги. Якість має забезпечуватися системою управління на національному, регіональному та локальному рівнях і має бути вимірюваною категорією [83]. За цими вимірами охорона здоров'я в Україні має стати більш безпечною, результативною, своєчасною, економічно ефективною, справедливою та людиноцентричною.

Вимірювання ефективності ПМД та запровадження нових індикаторів якості ПМД є гострим питанням в Україні.

Вимірювання показників якості у сфері охорони здоров'я не можливо без наявності якісних первинних даних, отриманих завдяки використанню інформаційно-комунікаційних систем. Гостро стоять проблеми деперізації в системі охорони здоров'я, дублювання застарілої звітності, відсутності єдиного медичного простору. Неповнота електронних медичних даних про пацієнта обмежує самостійне використання власних медичних даних чи доступ до них усіх ланок медицини [71].

Стан впровадження індикаторів якості медичної допомоги в Україні спирається на частково застарілу законодавчу базу та принципи, які на сьогодні не відповідають сучасним стандартам оцінки якості медичних

послуг. Слід зазначити, що більшість існуючих нормативних документів не виконується та мають лише формальний характер. Ключову роль в забезпеченні якості в наданні якісної медичної допомоги повинні відігравати саме державні інституції. Однією з ключових функцій яких є створення національних політик в сфері охорони здоров'я, формування законодавчого підґрунтя в питаннях якості, сприяння розвитку кадрового потенціалу в сфері охорони здоров'я.

Досить нагальною залишається проблема медичної освіти, певні кроки зроблені в цьому напрямку шляхом впровадження системи безперервного професійного розвитку, але післядипломна освіта досі не гармонізована згідно міжнародних стандартів.

Враховуючи всі зазначені питання ми вважаємо, що пошук та впровадження нових елементів покращення якості медичних послуг залишається актуальним і зараз.

Мета роботи: Обґрунтування необхідності впровадження законодавчих змін в оцінку критеріїв якості надання первинної медичної допомоги, розробка рекомендацій щодо їх реалізації.

Об'єкт дослідження: якість медичних послуг первинної медичної допомоги

Предмет дослідження: індикатори, ефективні моделі управління якістю медичної допомоги.

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

–провести детальний аналіз поняття управління якістю в системі охорони здоров'я;

–провести аналіз існуючого досвіду управління якістю в охороні здоров'я в Україні та визначити місце індикаторів якості в системі управління якістю надання ПМД;

- провести аналіз можливостей оцінювання показників універсального охоплення послугою ПМД;
- провести аналіз стану впровадження критеріїв та індикаторів якості надання ПМД;
- визначити стан задоволеності користуванням МІС;
- розглянути нормативно-законодавче забезпечення управління якістю медичної допомоги в Україні;
- запропонувати нові елементи покращення якості медичної допомоги.

В магістерській роботі проаналізовано досвід використання індикаторів якості, як інструменту контролю якості надання ПМД в управлінні якістю медичних послуг в Україні, визначено перешкоди для впровадження управління якістю медичних послуг на рівні ПМД, запропоновано можливості утворення груп рівних, як елемент покращення якості медичних послуг на рівні ПМД в системі охорони здоров'я.

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

Основною інформаційною базою в написанні магістерської роботи та проведенні дослідження були вже існуючі в Україні нормативно- правові акти державних органів влади, які були отримані з офіційних джерел інформації, відкриті дані дашбордів НСЗУ, звіти міжнародних організацій, результати досліджень вітчизняних та зарубіжних науковців, різноманітні публікації, статті з питань управління якістю вітчизняних та іноземних авторів, 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 і розроблено можливі варіанти утворення груп рівних, як елемент покращення якості медичних послуг в системі охорони здоров'я України.

Особистий внесок виконавця полягає в тому, що даний магістерський проект є самостійною закінченою науковою роботою. В ході роботи було проаналізовано та виявлено існуючі прогалини в законодавстві в сфері питаннях управління якістю в системі охорони здоров'я. Шляхом проведення дослідження опитано та проаналізовано думку керівників та лікарів первинної ланки що до впровадження індикаторів якості та покращення системи управління якістю в сфері охорони здоров'я, запропоновано можливості утворення груп рівних, як елементу покращення якості медичних послуг в системі охорони здоров'я.

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

Обсяг роботи складає: 114 стор., 3 таблиці, 15 малюнків. Список використаних джерел включає в себе – 103 найменування.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1 Визначення питання якості медичної допомоги

Якість є важливим аспектом у багатьох сферах життя. Незалежно від того, чи ми говоримо про товари, послуги, виробництво, взаємовідносини або будь-який інший контекст, якість відіграє вирішальну роль. Наведемо декілька причин, чому якість є важливою і необхідно підтримувати її у всіх аспектах діяльності:

- Задоволення клієнтів: Висока якість товарів або послуг є ключовим фактором для задоволення клієнтів. Якщо вони отримують високу якість, вони будуть більш вірогідно задоволені і задоволені клієнти повертаються знову і знову.

- Репутація: Якість є основою репутації будь-якого бізнесу чи організації. Якщо ваші товари або послуги відповідають високим стандартам якості, це сприяє позитивному сприйняттю вашого бренду і підвищує довіру споживачів.

- Конкурентоспроможність: у світі, де конкуренція є величезною, якість може стати вирішальним фактором для вибору між різними компаніями або продуктами. Висока якість може надати вам конкурентну перевагу, збільшуючи вірогідність повернення клієнтів і підвищення популярності вашого бізнесу.

- Ефективність і продуктивність: Висока якість дозволяє досягти більшої ефективності і продуктивності в процесах виробництва, надання послуг або виконання завдань. Це може зменшити відходи, витрати і помилки, збільшуючи продуктивність і покращуючи результати.

Вона може впливати на безпеку, здоров'я, комфорт, створювати позитивний досвід для споживачів і підтримувати їх задоволення.

Чи існує єдине поняття «якість», які в неї характеристики? На жаль, ні. В різних галузях воно вживається в різноманітних значеннях та не має однозначного визначення та тлумачення.

Багато років вже питання якості цікавить науковців та прогресивних людей. Вимоги до якості згадувались ще в законах Царя Хамурамі. Він видав закон, який регулював порядок забезпечення санітарного благополуччя для вразливих верств населення. Принципи рівності, доступності та безпеки ще в ті часи були необхідними для досягнення певних результатів. Одним з прикладів формування стандартів поведінки лікаря є «Клятва Гіппократа» , яка відтворена Женевською декларацією у 1948 р [54].

Новаторським кроком на початку 20 сторіччя була доповідь А. Флекснера «Рух до підвищення медичних стандартів», в який він розробив рекомендації щодо стандартизації медичної освіти і підвищення її якості. Він наголошував на необхідності більш наукового підходу до медицини, покращення підготовки фахівців, зміцнення базових наук у медичній освіті та встановлення більш високих стандартів для медичних шкіл. Ця доповідь Флекснера мала значний вплив на реформу медичної освіти в США та Канаді, і її рекомендації в значній мірі вплинули на створення сучасної моделі медичної освіти, зокрема шляхом заснування державних наглядових органів і стандартів для медичних шкіл [102].

Американський хірургічний коледж (American College of Surgeons, ACS) реалізував перші стандарти для лікарень у 1918 році. Назва цих стандартів була "Мінімальні вимоги до лікарень" (Minimum Standard Requirements for Hospitals). Цей документ був спрямований на покращення якості медичної допомоги, безпеки пацієнтів і розвитку професійної практики у лікарнях. Стандарти, розроблені ACS, включали вимоги до інфраструктури лікарень, які охоплювали аспекти, такі як виконання хірургічних операцій, лікарське

обслуговування, сестринська практика, стерилізація та дезінфекція, лабораторні послуги, управління лікарнями та інші важливі аспекти, пов'язані з функціонуванням лікарень [103].

Ці стандарти стали основою для розвитку інших регуляторних організацій і органів управління охороною здоров'я, які встановлюють стандарти для лікарень. Вони допомогли покращити безпеку пацієнтів, забезпечити високу якість медичної допомоги та сприяли розвитку культури безпеки в лікарнях. З часом стандарти ACS були переглянуті та оновлені з врахуванням змін у медичній практиці та технологіях.

Елліотт Фішер (Elliott Fisher) є провідним дослідником і академічним ученим в галузі організації охорони здоров'я та покращення якості медичної допомоги. Він вніс вагомий внесок у розробку концепції "регіональної медичної допомоги" (regional healthcare), яка стала важливою моделлю для організації та постачання медичних послуг [91]. Цей принцип закладено в філософію створення госпітальних округів. Зі зміни сприяють злиттю різних медичних послуг та провайдерів в єдину систему, дозволяють поліпшити координацію між провайдерами та пацієнтами, зменшують дублювання процедур і забезпечують збалансовану та цілісну медичну допомогу.

Важливою є також робота Х. Vuori. «Забезпечення якості медичного обслуговування» (1985), яка була присвячена введенню в медичну практику елементів нового господарського механізму, розвитку медичного страхування, спеціалізації в медицині та нових медичних технологій, концепції оптимальної якості опублікована Європейським бюро ВООЗ [8].

Це один важливий крок в контексті якості пов'язаної з безпекою пацієнта було заснування Доном Беруїсом Інституту пацієнтської безпеки (Institute for Healthcare Improvement, ІНІ) у 1991 році. Ця некомерційна організація має на меті покращення якості та безпеки медичної допомоги шляхом розробки та поширення інноваційних практик [92].

Категорії якості надання медичної допомоги за літературними даними мають велику кількість складових, вони різноманітні та не схожі між собою [9].

Один із засновників досліджень з питань якості в галузі охорони здоров'я був Аведіс Донабедіан. Він розробив трикомпонентну модель якісної медичної допомоги, яка складається з якості структури, якості процесу та якості результату. Ця модель була вперше опублікована у 1966 році в його роботі "Evaluating the Quality of Medical Care" (Оцінка якості медичної допомоги). За думкою автора структура описує фізичне та організаційне середовище, в якому надається медична допомога, включаючи наявність обладнання, кваліфікацію медичного персоналу, організаційну структуру тощо. Процес - це взаємодія між медичним персоналом та пацієнтом під час надання медичної допомоги. Це включає діагностику, лікування, спілкування та координацію між різними провайдерами у відповідності до наявних стандартів. До результату відноситься те, що сталося з пацієнтом після надання допомоги (розвиток ускладнень, летальність, тривалість життя), економічні аспекти, а також інформація, яку повідомляє пацієнт (задоволеність пацієнта, якість життя). Всі ці параметри мають бути вимірювальними.

Розглянемо декілька прикладів використання моделі Донабедіана:

- Для оцінки якості надання допомоги на рівні медичного закладу: допомагає аналізувати структуру (наприклад, наявність кваліфікованого персоналу та обладнання), процеси надання медичної допомоги (наприклад, дотримання протоколів лікування та якість взаємодії з пацієнтами) і результати (наприклад, рівень задоволення пацієнтів та кінцеві результати лікування).

- Дослідження якості догляду за пацієнтами різних цільових груп (діти, пацієнти з хронічними захворюваннями, пацієнти похилого віку, вагітні жінки, паліативні пацієнти).

- Для оцінки ефективності медичних програм або ініціатив, таких як програми профілактики, скринінгу для суспільства загалом (скринінг раку шийки матки, передміхурової залози, молочної залози, неонатальний скринінг).

- Для поліпшення якості медичної допомоги: аналізуючи структуру, процеси та результати, можна ідентифікувати слабкі місця і вжити заходи для поліпшення, такі як навчання медичного персоналу, впровадження протоколів лікування або зміна організаційних процесів.

Використовуючи модель Донабедіана можна оцінити результативність, ефективність або економічність, оптимальність витрат в порівнянні з досягнутим результатом, відповідність нормативній базі, соціальним пріоритетам, етичним нормам [84-86].

Медична світова спільнота широко використовує визначення якості, яке було запропоновано Інститутом медицини Сполучених Штатів Америки [103]. Згідно з цим якість -це характеристика медичної допомоги, яка вказує, наскільки послуги, які надаються окремим людям та населенню, збільшують вірогідність досягнення бажаних показників здоров'я та відповідають поточним професійним знанням [91].

Згідно рамковій основі ВООЗ (2018) по забезпеченню інтегрованих орієнтованих на людину послуг з охорони здоров'я якісна медична допомога визначається по наступним характеристикам:

-результативність (послуги надаються тім, кому вони потрібні, засновані на принципах доказовості та надають кращий результат);

-безпека (запобігання заподіяння шкоди пацієнту, зменшення кількості помилок, мінімізація ризиків при наданні медичної допомоги);

-людиноорієнтовність (надання медичної допомоги з урахуванням очікувань, цінностей та потреб конкретної людини та громади);

-своєчасність (зменшення затримок в наданні та одержуванні медичної допомоги);

-комплексність (повний спектр послуг протягом життя, координованість по рівням надання допомоги);

-економічна ефективність (недопущення зайвих витрат, отримання максимальної користі від наявних ресурсів);

-забезпечувати рівність (отримання якісної медичної послуги не залежить від статі, місця проживання, раси або соціального статусу).

В звітах ВООЗ простежується зміна акцентів в понятті якості медичної допомоги протягом часу. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, при визначенні терміну «якість медичної допомоги» слід враховувати локальний контекст, який створюють соціальні, демографічні, географічні умови, а також проблеми, з якими стикається система охорони здоров'я. Також наголошується, що шлях до досягнення консенсусу щодо національного підходу до якості медичної допомоги полягає у залученні всіх зацікавлених сторін [89].

1.2. Основні моделі управління якістю медичної допомоги (аналіз існуючих матеріалів)

Сучасні тренди з управління якістю охоплюють і галузь охорони здоров'я. Відбувається перехід від підходу, що базується на контролі, до підходу, що стимулює виявлення та вирішення існуючих проблем. Це означає застосування комплексного, інтегрованого та динамічного підходу до підвищення якості, зосередженого на поліпшенні результатів роботи системи в цілому шляхом постійної модифікації та вдосконаленні якості. Наведемо декілька моделей управління якістю, які використовуються в різних галузях, включаючи медичну допомогу.

Одна з розповсюджених це Модель Демінга -Шухарта, відома також як PDCA (Plan-Do-Check-Act), є циклом, що використовується для покращення процесів та досягнення високої якості.

1)Планування (Plan): На цьому етапі визначаються цілі, стратегії та плани дій для досягнення покращень. Планування включає в себе встановлення метрик, визначення вимог клієнта, аналіз поточного стану та встановлення цілей якості.

2)Виконання (Do): На цьому етапі плани, розроблені на попередньому етапі, втілюються в життя. Реалізуються заплановані дії та зміни в процесах з метою покращення якості.

3)Перевірка (Check): На цьому етапі виконується перевірка результатів і порівняння їх з встановленими метриками та цілями якості. Збираються дані, проводяться аналізи та оцінки для визначення ступеня досягнення цілей, аналіз причин відхилень, фіксація висновків.

4)Дія (Act): На цьому етапі здійснюються дії на основі результатів перевірки. Якщо результати відповідають встановленим метрикам та цілям, то процеси затверджуються та стають новим стандартом. У разі несумісності результатів виконуються коригувальні дії для покращення процесів та досягнення бажаних результатів. Після завершення циклу PDCA розпочинається новий цикл, де знову планується, виконується, перевіряється та здійснюються дії для подальшого покращення. Ці етапи існують на рівні управління всього закладу, на рівні окремих процесів.

Детальне пояснення кожного етапу PDCA, схематично наведено на рисунку 1.2.1.

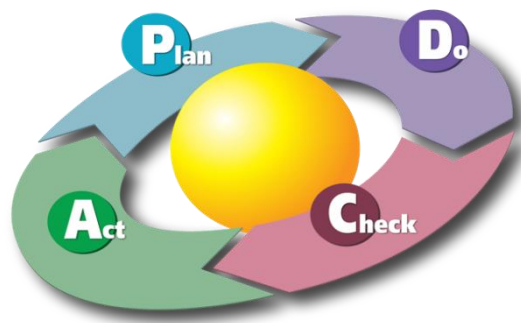


Рис.1.2.1. Цикл PDCA.

Ця стала модель покладена в основу системи управління якістю та висвітлена в багатьох статтях та практичних рекомендаціях з її побудови на різних рівнях медичної допомоги [10,32,76,80,95].

Також вона є основою для багатьох методологій, таких як Six Sigma та Lean Management, Total Quality Management (TQM), є невідомою складовою міжнародного стандарту з якості у медичній сфері ISO 9001:2015 [7,96].

Згідно з сучасним світовим досвідом управління якістю охорони здоров'я, використання методу загального управління якістю (TQM) має великий потенціал для досягнення значних покращень у системі. Сутність успіху полягає в роботі над загальним вдосконаленням якості продукції, організації процесів та розвитку кваліфікації персоналу. Японія вже продемонструвала великий прогрес у використанні цієї моделі в промисловості. Методи управління, які раніше застосовувалися в промисловому виробництві, тепер успішно використовуються й у інших галузях, зокрема в медицині [96]. Одним з цікавих інструментів якій був започаткован в Японії є формування груп якості. Вони формувались за власним бажанням на окремому участку роботи на виробництвах. Метою цих груп є постійний пошук покращення у виробничому циклі, участь у таких групах схвалюється керівництвом. Одним з недоліків таких груп є незрозумілість наданих пропозицій іншим відділам. Завдяки роботі цих груп багато відомих підприємств досягли значного прориву в забезпеченні якості. Такі групи стали невідомою частиною культури з забезпечення якості в Японії, а потім і в інших країнах.

1.3. Місце індикаторів якості в системі загального менеджменту в ПМД

Індикатори якості є обов'язковою складовою системи загального професійного менеджменту в системі охорони здоров'я в більшості країн

Європейського Союзу, США, Канаді, Великобританії. Це конкретний, вимірювальний кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги [56, 57,91,92].

Згідно Наказу МОЗ № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012, клінічний індикатор якості медичної допомоги - це кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно [40].

Критерії якості мають на меті виявлення можливих проблем і можливостей для покращення якості, а також своєчасне звернення уваги на питання, де необхідні спеціальні дослідження або заходи для підвищення якості. Вони служать для ідентифікації областей, де можна зробити поліпшення та зосередити увагу на проведенні відповідних досліджень або заходів для досягнення вдосконалення якості [3].

Згідно триаді Донабедіана для оцінки якості треба досліджувати не тільки результати, а також структуру, і особливо процеси [85].

До індикаторів структури належать:

- дані про наявність персоналу (кількість лікарів, медичних сестер, додаткових фахівців);
- дані про кваліфікація персоналу, наявність додаткових навичок (володіння УЗД, сертифікати про навчання з ведення поширених психічних розладів та інше);
- матеріально-технічні ресурси (обладнання, приміщення);
- інформаційне забезпечення (наявність клінічних протоколів, можливість ведення електронних медичних записів);
- фінансові показники (витрати на зарплату, навчання персоналу) тощо.

Ці індикатори дають можливість оцінити обсяг медичної допомоги, який може надати медичний заклад.

До індикаторів процесу відносять:

-дотримання стандартів медичної допомоги (діагностики, лікування, реабілітації);

-виконання стандартних операційних процедур;

-правильність вибору медичної технології.

До індикаторів результату належать:

-задоволеність пацієнта;

-лояльність пацієнта;

-результати які повідомляють пацієнти (відмова від куріння, контроль артеріального тиску в домашніх умовах);

-ускладнення від діагностики або лікування;

-госпіталізації, яких можна було уникнути.

В рекомендаціях для лікарів та керівників первинної ланки з винористання індикаторів якості, яке видано було Martin Marshal та співавторами 2002 році [100], наведено ретельний аналіз сильних та слабких сторін різних типів індикаторів. За результатами обзорного дослідження автори рекомендували виважено підходити до ізольованої оцінки індикаторів, враховувати сильні та слабкі сторони кожного типу показників для оцінки впливу на довгострокові перспективи, цільову аудиторію для якої вони призначені (пацієнти, лікарі, керівники медичних практик, полісімейкери).

На нашу думку ці висновки треба врахувати при оцінюванні індикаторів у відчизняній практиці, оскільки ще досі зберігається пострадянський принцип змагань за досягнення та звітувань про виконання досить сумнівних планів. Уроки які винесли при впровадженні індикаторів у міжнародну практику дозволили сформулювати принцип відмови від використання індикаторів якості медичної допомоги для прямих порівнянь та оцінок окремих закладів чи регіональних департаментів. Змагальний

принцип порівнянь може призвести до викривлення надання інформації [14,33]. Ці чіткі рекомендації зустрічаються в більшості досліджень з їх використання та оцінювання.

Опис сильних сторін показників структури, процесу та результату наведено у табл. 1.3.1.

Таблиця 1.3.1

Сильні сторони використання індикаторів якості різного типу

Показники структури	Показники процесу	Показники результату
<p><i>Легкодоступність:</i> багато структурних факторів очевидні і легко фіксуються.</p> <p><i>Стабільність:</i> структурні фактори які стабільні часто і легко піддаються спостереженню.</p>	<p><i>Легкодоступність:</i> Використання медичних технологій часто і легко виміряти.</p> <p><i>Легко тлумачити:</i> Відповідність показникам процесу часто можна інтерпретувати як хорошу якість без необхідності коригування набору випадків чи порівняння між підрозділами.</p> <p><i>Віднесеність:</i> Процеси безпосередньо залежить від дій постачальників. Потрібний менший розмір вибірки. Значні недоліки якості можна легко виявити.</p> <p><i>Ненав'язливість:</i> Процеси догляду часто можна ненав'язливо оцінити на основі збережених даних. Показники для дій. Виявлені збої дають чітке уявлення, що необхідно виправити.</p>	<p><i>Фокус:</i> Звертає увагу на пацієнта та допомагає розвивати погляд на «систему в цілому».</p> <p><i>Мета:</i> Більш чітко уявляти цілі догляду.</p> <p><i>Значимість:</i> Несуть більше сенсу для пацієнтів та відповідальних осіб.</p> <p><i>Інновації:</i> Стимулює постачальників експериментувати з новими способами надання послуг.</p> <p><i>Перспективність:</i> Заохочує постачальників приймати довгострокові стратегії (наприклад, просування здорового способу життя), які можуть принести довгострокові вигоди.</p> <p><i>Стійкий до маніпуляцій:</i> Менш відкриті для маніпулювання, але надавачі медичної допомоги можуть брати участь у виборі ризиків, щоб вплинути на коригування ризиків</p>

Сформовано автором за джерелом [100].

За належного використання критерії можна застосовувати для порівняння варіантів надання аналогічних медичних послуг у різних закладах та для оцінювання рівня цих послуг щодо національних стандартів. Критерії можна використовувати як основу для оцінювання сучасної практики та бути відправною точкою для початку процесу вдосконалення догляду за хворими, враховуючи сильні та слабкі сторони індикаторів.

Опис слабких сторін показників структури, процесу та результату наведено у табл. 1.3.2.

Таблиця 1.3.2

Слабкі сторони використання індикаторів якості різного типу

Показники структури	Показники процесу	Показники результату
<p><i>Слабкий зв'язок з якістю.</i> Може лише вказати на потенційну здатність надавати якісну допомогу.</p> <p><i>Помилки у відповідях.</i> Надмірна звітність про ресурси чи ідеалізація організаційних аспектів (наприклад, наявність системи управління якістю).</p>	<p><i>Помітність.</i> Процеси догляду можуть мати невелике значення для пацієнтів, якщо не пояснити зв'язок із результатами.</p> <p><i>Специфіка.</i> Показники процесів дуже специфічні для окремих захворювань або процедур, і для розуміння якості допомоги, що надається, може знадобитися безліч показників.</p> <p><i>Відсталість.</i> Може душити інновації та розробку нових способів лікування.</p> <p><i>Старіння.</i> Корисність може зникнути у міру зміни технології та способів лікування.</p> <p><i>Несприятливі дії.</i> Можна відносно легко маніпулювати, що може призвести до «ігор» та інших несприятливих дій.</p>	<p><i>Визначення виміру.</i> Легко виміряти деякі аспекти результатів достовірно і надійно (наприклад, смерть), але інші свідомо важкі (наприклад, ранова інфекція) важче.</p> <p><i>Віднесеність.</i> Може залежати від багатьох факторів, які не залежать від медичної організації.</p> <p><i>Розмір вибірки.</i> Потрібна велика вибірка для виявлення статистично значущого ефекту.</p> <p><i>Терміни.</i> Спостереження можуть забрати багато часу</p> <p><i>Тлумачення.</i> Важко тлумачити, якщо процеси, що їх викликали, складні або віддалені від результату, що спостерігається.</p> <p><i>Неоднозначність.</i> Хороші результати часто можуть бути досягнуті, незважаючи на погані процеси догляду (і навпаки).</p>

Сформовано автором за джерелом [100].

В аналітичній роботі Arnoldas Jurgutis, Paula Vainiomaki, Rimantas Stašys висвітлено досвід впровадження індикаторів якості ПМД в країнах Балтії, а також підходи до бонусації лікарів. Дослідники визначили, що вимірювати якість тільки по клінічним індикаторам на національному рівні не є достатнім, щоб оцінити всі ознаки якості треба вимірювати також показники структури, які важливі у локальному контексті. Наведемо декілька прикладів існуючих індикаторів якості в Литві: щільність населення навколо закладу, кількість патронажних медичних сестер які пройшли навчання, наявність протоколів з лікування найрозповсюджених НІЗ, географічна доступність, найбільша відстань до закладів ПМД та інше. В якості індикаторів процесу запропоновано вимірювати: відсоток дорослого населення, яке оглянуто сімейними лікарями та/або медсестрою на рік, відсоток дитячого населення, оглянутих сімейним лікарем за рік, відсоток дітей, які спостерігаються сімейним лікарем та/або медсестрою, відсоток дорослого населення, яке відвідує спеціаліста вторинної медичної допомоги принаймні раз на рік, показник звернень до лікарів ПМД на одного жителя, показник звернень до лікарів вторинної медичної допомоги на одного жителя, час очікування на прийом до лікаря, якщо це не терміново. Автори наголошують, що поступове впровадження та пілотне тестування індикаторів може бути найкращим підходом. Також було зазначено, що треба дуже обережно обирати критерії для визначення фінансових стимулів, щоб не перетворити процес покращення якості у формальний процес досягнення рівня індикаторів. Визначено, що для оцінки таких параметрів як доступність, орієнтація на пацієнта треба використовувати опитувальники та досліджувати загальну задоволеність пацієнтів. На нашу думку, доцільно б було розраховувати у сільській місцевості кількість лікарів не на 100 тисяч населення, як рекомендовано згідно існуючому законодавству, а на 10 тисяч населення, що відповідає реаліям маленьких населених пунктів.

Згідно визначенню JCI критерій якості повинен мати обов'язкові ознаки: бути націленим на поліпшення здоров'я цільової популяційної групи, придатними для запровадження та акредитації, точно визначеними та конкретизованими, надійними, зрозумілими користувачам, піддаватися стандартизації залежно від рівня ризиків, контрольованими, а також доступними для публічного використання [93].

Також наведені 12 бажаних ознак індикаторів якості в роботі Davies Huw «Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature», а саме: мотивованість (основні зацікавлені сторони повинні зрозуміти, що належне проведення вимірювання іде на користь якості медичної допомоги); сприйняття (доречність вимірювання має бути легко пояснена та зрозуміла для основної цільової аудиторії); ефективність (має вимірюватися те, що потрібно, та без хибних заохочень); надійність (дані, що лежать в основі вимірювання, мають бути повними, точними, послідовними та відтворюваними); об'єктивність (дані повинні бути максимально незалежними від суб'єктивного судження, наскільки це можливо); доступність (дані повинні отримуватися для звичайних клінічних або організаційних потреб, бути швидко доступними при мінімальних додаткових зусиллях та витратах); контекстність (вимір має бути незалежним від контексту); приналежність (виміри мають відтворювати якість надання допомоги окремими особами, командами або організаціями); інтерпретабельність (виміри повинні пояснювати роботу системи); порівнюваність (виміри повинні дозволяти надійне порівняння з зовнішніми контрольними індикаторами або з іншими наборами даних, зібраних в аналогічних обставинах); можливість виправлення (виміри повинні вказувати на області для поліпшення, які можуть принести зміни, що будуть зареєстровані наступними вимірюваннями); повторюваність (виміри повинні бути чутливими до поліпшення з плином часу) [87].

Для побудови індикаторів, які відповідають зазначеним ознакам, необхідно дотримуватись етапів згідно циклу управління якістю PDCA:

1) планування: визначення аспектів, які підлягають вимірюванню, та даних, які можуть забезпечити відповідні вимірювання. При розробці індикаторів слід враховувати аспекти медичної допомоги, які можуть бути змінені і для яких можливе збирання об'єктивної та якісної інформації. Під час планування індикатора слід створити докладну інструкцію з обчислення, щоб забезпечити єдність у впровадженні та обчисленні індикатора в медичних закладах.

2) запровадження індикатора: побудова деталізованого опису та алгоритму обчислення індикатора, який забезпечує можливість його обчислення та інтерпретації в практичних умовах. Важливо позначити конкретні дані про організацію, установу або посадову особу, яка має обчислювати індикатор при практичному впровадженні. Також важливим є проведення пілотного тестування розробленого індикатора, яке спрямоване на виявлення можливих перешкод при отриманні початкових даних, реалізації алгоритму обчислення, а також вирішення потенційних неоднозначностей щодо обчислення та інтерпретації індикатора.

3) аналіз: вплив індикатора на підвищення якості медичної допомоги має бути проаналізований з врахуванням практичного досвіду пілотного запровадження, необхідне обговорення результатів широким колом фахівців. Після пілотного тестування, отриману інформацію, яка включає результати обчислення індикатора в пілотних регіонах або закладах охорони здоров'я, а також отримані зауваження та пропозиції виконавців, слід оприлюднити і відкрито обговорити в колі потенційних користувачів індикатора. Особлива увага повинна бути приділена запобіганню некоректного та формального використання індикатора. При впровадженні індикатора необхідно організаційно забезпечити доступність необхідної первинної та допоміжної інформації, а також можливість використання запропонованого алгоритму

обчислення. Важливий момент це розробка настанови щодо правильної інтерпретації значення індикатора. Цей етап допоможе уникнути помилкових та необґрунтованих висновків і максимально ефективно використати отриману інформацію для поліпшення якості медичної допомоги.

4) корегування: при необхідності вносяться зміни до опису та алгоритму обчислення індикатора з метою корегування. Такі зміни можуть включати вдосконалення збору вихідних даних та точнішу інтерпретацію отриманої інформації. Крім того, можуть бути прийняті рішення про створення додаткових індикаторів, які охоплюють взаємопов'язані аспекти якості медичної допомоги. Важливо також розглянути можливість уточнення обсягів збору даних. Всі ці кроки спрямовані на забезпечення належної якості вихідних даних та правильної інтерпретації інформації, отриманої за допомогою індикатора.

Саме послідовне циклічне застосування зазначених етапів забезпечить створення діючої системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги та її ефективного використання в процесах безперервного підвищення якості медичної допомоги [34].

При виявленні перешкод та обмежень індикатора, з метою його подальшого вдосконалення може виникнути необхідність в розробці додаткових індикаторів, що доповнюють або дозволяють належним чином інтерпретувати розглянутий індикатор, показують взаємопов'язані аспекти надання медичної допомоги.

Спроекований індикатор повинен бути представлений у вигляді структурованого документа (паспорта), де кожен розділ, відповідаючий окремим етапам розробки індикатора, повинен бути заповнений відповідним чином. Це забезпечує можливість однозначного отримання індикатора та уникнення будь-яких довільних або суб'єктивних тлумачень його використання [34].

В Україні розповсюджена практика оцінки здебільшого клінічних індикаторів [14,30].

Розглянемо досвід Великобританії та США що до вимірювання якості та розробки індикаторів.

Національний інститут здоров'я та клінічної досконалості (NICE) Великобританія створив так звану «рамкову мережу якості та результатів». Згідно неї показники вимірюють результати, що відображають якість медичної допомоги та результати. Індикатори використовуються для визначення місця де потрібне вдосконалення, встановлення пріоритетів для покращення якості та підтримки процесу, створення локальних інформаційних панелей продуктивності, порівняння показників з загально національними даними, а також підтримка місцевих зусиль з підвищення якості, прозорості локальних систем охорони здоров'я та їх прогресу щодо результатів. Індикатори NICE підкріплені базою надійних доказів і пройшли регламентований процес розроблення, який включав незалежних експертів (в тоу числі лікарів загальної практики, клінічних консультантів, лікарів з питань громадської охорони здоров'я та соціальної допомоги, уповноважених Національної служби охорони здоров'я та непрофесійних членів), випробування та пілотування, громадські консультації. При цьому відкрито публікуються довідкові дані, використані для створення показників, а також відбувається взаємодія зі спеціальним Цифровим сектором Національної служби охорони здоров'я в ході розробки та тестування показників, визначення їх технічних характеристик. Крім того, кожен показник має визначену формулу обчислення [101].

Всі наведені індикатори спрямовані на моніторинг діяльності надавачів ПМД з огляду на стандарти якості та національні клінічні настанови, доступні на сайті NICE. Цифровий департамент Національної служби охорони здоров'я Великобританії забезпечує програмою розрахунку індикаторів [58].

Агенство здоров'я та досліджень якості (далі – AHRQ), США має спеціальний сайт для індикаторів якості медичної допомоги [55], де індикатори угруповані на показники якості профілактики PQI, показники якості стаціонару IQI, показники безпеки пацієнта PSI та педіатричні показники якості PDI. Індикатори якості визначені як показники, засновані на фактичних даних, що обчислюються за стандартною методикою, легко доступні для вимірювання та відстеження клінічних показників та результатів. Їх використовують у визначених потенційних напрямках підвищення якості для відстеження змін в часі. Для зручності користувачам також надається програмне забезпечення. Моніторинг показників якості профілактики PQI віднесено до заходів, що допомагають оцінити якість та доступність медичної допомоги в громаді, зокрема, виявлення потенційних проблемних областей якості охорони здоров'я, що потребують подальших досліджень, а також для порівняльної публічної звітності, тенденцій та ініціатив щодо оплати діяльності; можуть слугувати для перевірки доступу до первинної медичної допомоги або амбулаторних послуг у громаді, використовуючи дані про пацієнтів з типових лікарняних виписок або наборів даних; можуть допомогти державним медичним установам, державним організаціям даних, системам охорони здоров'я та всім іншим, зацікавленим в покращенні якості медичної допомоги в своїх громадах. Показники є безкоштовно загальнодоступними для користувачів. Визначені формули обчислення, зміст чисельника, знаменника, правила включення пацієнтів, виключення та винятки. Перелік PQI значно коротший порівняно з таким у Великій Британії, також публічний. Окремо зазначено, що PQI визначають проблеми доступу до амбулаторної допомоги, включаючи допомогу після виписки з лікарні. Саме тому PQI є ключовим інструментом для оцінки потреб громади в галузі охорони здоров'я [55].

Наприклад а Великобританії є база, яка створена Національним інститутом розвитку результатів здоров'я, яка містить компендіум з клінічних показників зібраних з 700 медичних та урядових організацій [98].

Wilm Quentin, Veli-Matti Partanen, Ian Brownwood, and Niek Klazinga (2019) в своєму дослідженні привертають увагу до зростаючої потреби в вимірюванні якості медичної допомоги, завдяки розвитку інформаційних технологій, а також з необхідністю отримати масив даних який надасть можливість оцінити, чи дійсно обрані стратегії, прийняті нормативні акти та рекомендовані втручання з покращення якості дійсно працюють.

Важливо вимірювати також досвід пацієнтів для покращення доступу к медичній допомозі. Започаткована ініціатива PaRIS з оцінки результатів лікування на первинній ланці за пацієнтськими відгуками, долучитися до якої можна на сайті ОЕСР. Це опитування має на меті вивчити доступ до медичної допомоги та час очікування, а також якість життя, біль, фізичне функціонування та психологічне благополуччя, а також визначити індикатори нового покоління, які мають на меті виміряти досвід лікування [57].

На жаль на сучасному етапі в Україні ми не маємо такої можливості зафіксувати таку кількість показників та проаналізувати їх [90].

В Україні не існує «єдиного вікна» збору, обробки необхідної інформації: клінічні індикатори якості затверджуються в складі галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я, б) показники, що демонструють обсяги медичної допомоги, збирає та обробляє Центр медичної статистики МОЗ України, в) НСЗУ формує спеціальні показники на основі даних надавачів та користувачів медичних послуг обробляє, аналізує та оприлюднює знеособлені відкриті дані у Єдиному державному веб-порталі відкритих даних у вигляді спеціальних дашбордів [51]. Частина індикаторів універсального охоплення послугою ПМД відповідає клінічним індикаторам якості [13,14].

Індикатори якості медичної допомоги наразі включені в галузеві стандарти в сфері охорони здоров'я України для основних НІЗ: артеріальної гіпертензії, хронічного обструктивного захворювання легень, цукрового діабету, а також для профілактики серцево- судинних захворювань. З стандартами можна ознайомитися на офіційному сайті ДЕЦ [13].

Останнім регламентуючим документом з питань якості був прийнятий Наказ МОЗ України від 17.04.2023 № 716 «Про затвердження Примірною переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги» [37].

Ми не знайшли відкритих даних, що цей нормативний документ в стадії розробки проходив пілотні впровадження в ЗОЗ, він також не має в своїй структурі всіх рекомендованих розділів згідно наказу по розробці клінічних індикаторів .

Необхідно відзначити, що в відкритих даних на сайті Центру медичної статистики в розділі «статистичних даних системи МОЗ», також на сайті ДЕЦ МОЗ України в реєстрі медико-технологічних документів не має об'єднаного переліка індикаторів якості для ПМД.

1.4. Основні механізми забезпечення якості в системі охорони здоров'я України та інших держав

Трендом світових сучасних практик охорони здоров'я у системі забезпечення якості медичних послуг є перехід від ідеології контролю до стимулювання виявлення і вирішення існуючих проблем, тобто застосування комплексного, інтегрованого і динамічного підходу до підвищення якості, спрямованого на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення якості медичної допомоги [27, 29].

Для всіх існуючих сучасних моделей охорони здоров'я притаманні 5 основних механізмів, які є ключовими в забезпечення якості медичних послуг:

- 1) обов'язкове ліцензування медичних закладів
- 2) акредитація та сертифікація медичних закладів
- 3) стандартизація
- 4) контроль якості (зовнішній та внутрішній аудит).

Всі ці механізми з варіаціями вимог та процедур проведення запроваджені в кожній державі, також реалізовані в Україні.

В Україні механізм ліцензування регламентовано законодавством, він поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики [62]. Наявність ліцензії з медичної практики не завжди підтверджує надання якісних послуг. Ліцензування гарантує наявність матеріально-технічного забезпечення, медичного персоналу, мінімальні стандарти безпеки. На період воєнного стану затверджено спрощені умови ліцензування медичної практики для забезпечення безперервного функціонування сфери охорони здоров'я та покращення доступності медичної послуги [59]. В сучасних умовах держава не має матеріального, людського ресурсу для забезпечення контролю відповідності поданих документів фактичному стану речей. Цифровізація наданих даних, створення можливості обміну інформацією про наявне обкладення та персонал між ліцензійним відділом МОЗ та НСЗУ дозволили б моніторувати реальний стан речей та не дублювати звітність, яку подає надавач медичних послуг. В Україні не має індивідуального ліцензування, це не встановлено законодавством. До реалізації цього кроку ще необхідно законодавчо врегулювати положення про лікарське самоврядування.

Якщо ліцензування забезпечує не стільки якість, а дозвіл на надання медичної допомоги, то механізм акредитації медичних закладів покликаний забезпечити безперервне підвищення якості й націлен на відповідність визначеним стандартам. В Україні акредитацію та ліцензування здійснює один і той же центральний виконавчий орган (МОЗ), який визначає

стандарти, вимоги та процедуру акредитації. Процедура акредитації не є обов'язковою [28,39,42]. Наявна в Україні система акредитації не приділяє достатньої уваги критеріям задоволеності пацієнтів отриманою допомогою та безпекою, клінічному управлінню, вимірюванню й оцінці індикаторів якості.

В кожній країні програми акредитації мають значну різноманітність у змісті стандартів, процедур оцінювання. Національний орган з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджує досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом. У Великій Британії цим займається United Kingdom Accreditation Forum (UKAF) – волонтерська мережа організацій NHS, яка підзвітна уряду; у Франції – HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна публічна наукова організація); у США – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (ЖАНО; національна некомерційна організація), підрозділ якої JCI акредитує заклади поза межами США [4].

Наприклад, міжнародні стандарти акредитації центрів ПМД (JCI) містять 3 основних розділу: залучення та інтеграція громади, послуги орієнтовані на пацієнта, менеджмент організації охорони здоров'я. Кожний розділ поділено на глави. Кожен стандарт включає заяву про наміри, яка описує обґрунтування стандарту, і вимірювані елементи, які є конкретними вимогами стандарту [93].

В Україні розповсюджен тільки один варіант сертифікації – це перевірка на відповідність закладів охорони здоров'я міжнародним стандартам ISO 9001. Така сертифікація сприяє забезпеченню чіткості та прозорості діяльності ЗОЗ, значно покращує ефективність лікування пацієнтів, знижує його вартість та підвищує задоволеність пацієнтів медичною допомогою [2,7,].

Стандарт ISO 9001:2015 є останньою редакцією міжнародного стандарту управління якістю, який був опублікований Міжнародною організацією по стандартизації (ISO) у вересні 2015 року. Впровадження ISO

ISO 9001:2015 було результатом багаторічної еволюції та перегляду попередніх версій стандарту. Історія впровадження ISO 9001 розпочалась у 1987 році, коли була опублікована перша версія стандарту. З того часу стандарт пройшов кілька редакцій і оновлень. Кожне оновлення стандарту відображало зміни в уявленнях про управління якістю та найкращі практики в цій галузі. Остання редакція ISO 9001:2015 була розроблена на основі концепції «процесного підходу» та «постійного поліпшення». Вона враховує сучасні тренди та вимоги бізнесу, а також забезпечує більш гнучкий та результативний підхід до управління якістю. При впровадженні ISO 9001:2015 організації повинні провести оцінку контексту своєї діяльності, визначити ризики та можливості, встановити цілі та процеси, а також впровадити моніторинг та оцінку для забезпечення постійного поліпшення. ISO 9001:2015 став одним із найбільш широко використовуваних стандартів у світі. Він застосовується в різних галузях та секторах, включаючи промисловість, послуги, охорону здоров'я, освіту та багато інших.

ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) є українським національним стандартом, який включає в себе переклад та впровадження європейського стандарту EN 15224:2016 «Медичні послуги - Системи управління якістю - Вимоги за допомогою ISO 9001:2015». EN 15224 є спеціалізованим стандартом, спрямованим на системи управління якістю в медичній сфері. Він надає вимоги та рекомендації для організацій, які надають медичні послуги, з метою забезпечення якості цих послуг. Стандарт базується на структурі ISO 9001:2015, але містить специфічні вимоги для медичних організацій, включає такі елементи:

- керівництво (вимоги до лідерства та зобов'язань керівництва щодо якості медичних послуг);

- планування (вимоги до планування, включаючи розробку цілей, стратегій та процедур);

- ресурси (вимоги до ресурсів, необхідних для надання якісних медичних послуг, включаючи персонал, фізичні ресурси та фінанси);

- вимоги до процесів, які впливають на якість медичних послуг, включаючи процедури надання допомоги, управління ризиками та забезпеченням безпеки пацієнтів;

- покращення (вимоги до процесів постійного поліпшення якості медичних послуг на основі збору та аналізу даних) [50].

Темі контролю якості в Україні присвячено багато статей та методичних рекомендацій відчизняних науковців [6,52,75,76,79]. Розглянемо один рекомендований механізм контролю якості – клінічний аудит (внутрішній і зовнішній). Уперше його почали використовувати у Великобританії, а за останні 30 років він поширився на більшість країн світу. Зовнішній аудит здійснюють відповідні національні організації або незалежні агенції, внутрішній – безпосередньо команда медичного закладу. Порівняти наявну клінічну практику з найкращими передовими практиками заради вдосконалення медичних послуг є основним завданням внутрішнього аудиту. Клінічний аудит спрямований на поліпшення процесів і результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги в порівнянні з певними критеріями, впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. Крок в впровадженні зовнішнього та внутрішнього аудиту в рамках міжнародного проекту провадить USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», методичні рекомендації розміщені на сайті МОЗ [26,74]. На жаль згідно умовам проекту участь у цих заходах беруть тільки КНП [31,32].

Аудит може включати оцінку процесу надання медичної допомоги та/або її результату (відповідно до теми й завдань). Таку оцінку здійснюють за відповідними критеріями, які вказують, чого потрібно досягти, аби відповідати найкращій практиці. Прикладом такого аудиту може бути критерій якості надання медичної допомоги пацієнтам з цукровим діабетом 2

типу. Основним критерієм у якості спостереження у цьому випадку слугуватиме -визначення рівня глікованого гемоглобіну 1 раз на рік. А відповідати йому такий індикатор якості, як «відсоток пацієнтів, яким визначено рівень глікованого гемоглобіну». В підсумках клінічного аудиту завжди можна визначити зв'язок з ресурсним забезпеченням та умовами надання медичної допомоги, медичними працівниками та пацієнтами.

Клінічний аудит потрібно розглядати як компонент внутрішнього аудиту. Встановлені цілі, завдання й функції останнього носять всеохоплюючий характер, зачіпаючи не тільки клінічні, але й усі інші аспекти діяльності ЗОЗ, які впливають на якість медичної допомоги. Саме тому, у тісному зв'язку із клінічним аудитом, спрямованим переважно на встановлення правильності ведення пацієнтів, логічно проводити управлінський аудит – аудит дотримання організаційних технологій, раціональності використання ресурсів, ефективності функціонування системи контролю якості на рівні лінійних керівників, ефективності самоконтролю якості, відповідності й результативності неклінічної діяльності. Така практика комплексного аудиту дуже важлива для комплексної оцінки ефективності діяльності ЗОЗ. Терміни проведення аудиту, його періодичність або безперервність, цільове призначення залежить від пріоритетів та напрямків роботи ЗОЗ.

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» задекларовано порядок проведення зовнішнього і внутрішнього контролю, самооцінка медичних працівників, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація/сертифікація відповідно до вимог чинного законодавства України та Європейського Союзу[42]. Реальний стан речей свідчить о том, що клінічний аудит проводять далеко не всі заклади охорони здоров'я України. Це пов'язано на нашу думку з незнанням механізму його проведення,

нерозумінням ролі індикаторів в протоколах, а також з відсутністю мотивації медичних колективів.

Виходячи з вище зазначеного, в Україні треба сформулювати культуру використання систем виміру результатів. Їх треба використовувати в якості підтримуючого механізму для лікарні в оцінці ними власної діяльності, як механізм внутрішнього підвищення якості, а не як інструмент підзвітності чи покарання.

Наведемо декілька прикладів світових організацій які займаються акредитацією у інших країнах. Питаннями формування сучасних стратегій розвитку систем управління якістю та оцінкою медичних технологій займаються міжнародна мережа агенцій ОМТ (International Network of Agencies for Health Technology Assessment), державні органи (AHRQ NIH) тощо [81,91], а також організація з розробки клінічних настанов NICE (Великобританія). Крім клінічних настанов NICE готує експертні висновки з оцінки медичних технологій, керівництва для організації охорони здоров'я за окремими медичними процедурами і цільовими програмами.

В Україні в цей час не існує національної інституції або агенції забезпечення якості в охороні здоров'я, незрозумілі механізми оцінки медичних технологій, сповільнена розробка та адаптація стандартів та клінічних рекомендацій.

Пошук шляхів вирішення цих проблем є завданнями на наступні декілька років.

Висновки до розділу 1

1. Аналіз наукових джерел та нормативно-правової бази демонструє, що проблема якості надання послуг в сфері охорони здоров'я залишається на порядку денному не тільки в Україні, а й в цілому ряді країн світу. Згідно з оцінками як вітчизняних, так і зарубіжних авторів управління медичними практиками з надання медичної допомоги, що не орієнтоване на системне управління якістю, неефективне.

2. Якість це багатовимірне, складне поняття. Кожна країна враховує свій локальний контекст для визначення поняття якості медичної допомоги. Залучення всіх зацікавлених сторін, досягнення консенсусу в визначенні поняття якості відіграє велике значення у формуванні національного підходу до питань якості.

3. Якість медичної допомоги, наданої населенню, дозволяє оцінити відповідність заявлених державою (надавачем медичної допомоги) гарантій на основі встановлених критеріїв та показників якості, з урахуванням рівня задоволеності населення отриманою медичною допомогою.

4. Для управління якістю надання медичної допомоги потрібно закласти відповідні інструменти – критерії та індикатори якості і здійснювати їх моніторинг з подальшою оцінкою та здійсненням заходів для покращення.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ПМД В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ. АНАЛІЗ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ

2.1. Аналіз панелей універсального охоплення послугою ПМД за даними дашбордів НСЗУ

Завдяки використанню сучасних електронних інструментів збору, обробки, аналізу та оприлюднення інформації. НСЗУ впроваджує в свою роботу важливі принципи прозорості та відкритості, у відповідності до принципів роботи центрального органу виконавчої влади. Дані представлені у вигляді аналітичних панелей, за допомогою яких, можна шукати інформацію, використовуючи різні фільтри, копіювати та роздруковувати необхідні дані у вигляді звітів; у вигляді відкритих даних, доступних для завантаження та обробки з Єдиного державного веб-порталу відкритих даних; у вигляді детальної аналітичної інформації щодо стану реалізації ПМГ за областями. Ці відкриті дані можуть бути використані всіма зацікавленими особами [49].

На сьогоднішній день на сайті НСЗУ доступні для перегляду 22 дашборди [15].

В цьому підрозділі розміщені аналітичні панелі НСЗУ, які постійно оновлюються та доповнюються новим переліком даних. Зрозумілий інтерфейс орієнтований на широку спільноту користувачів. В кінці кожного дашборду можна знайти інструкцію для максимально ефективного користування. Чотирнадцять дашбордів присвячені ПМД, десять – спеціалізованій медичній допомозі, дані про реімбурсацію відображено у десяти дашбордах, про екстрену медичну допомогу в чотирьох, оперативні дані щодо Covid-19 у п'яти.

Окрему увагу хочеться звернути на дашборди, які присвячені ПМД.

У розділі укладених договорів про медичне обслуговування за ПМД можна побачити кількість чинних договорів за всіма пакетами. Наприклад, по пакету ПМД станом на 2.06.2023 укладено 2376 договорів, із них -1272 з КНП, 336 -з приватними закладами, 761 -з ФОП. Також доступна інформація про суми оплати кожному надавачу за договором, кількість місць надання медичної допомоги, кількість лікарів. У наступному розділі ми отримуємо дані про статистику поданих декларацій про вибір лікаря первинної медичної допомоги, статево-віковий розподіл у кожного лікаря, надавача, на рівні населеного пункту, області та країни у цілому. Доступні окремі показники звіту про доходи та витрати надавачів медичних послуг.

Наступний розділ присвячений охопленню вакцинацією. Деталізація статистики ведення медичних записів щодо вакцинації населення включає загальну кількість вакцинацій, кількість записів про вакцинації в ЕСОЗ, кількість вакцинацій, що є вторинними, розподіл пацієнтів, які отримали вакцину за статтю, віком та кількістю отриманих вакцин, кількість лікарів, які внесли дані щодо вакцинації, в ЕСОЗ, приріст даних за класом взаємодії та інше. Кожен показник деталізовано за областю реєстрації, типом населеного пункту, формою власності, надавачем медичних послуг, назвою імунологічного препарату, за класом взаємодії (амбулаторна, первинна, спеціалізована ланка), а також датою проведеної вакцинації.

Один із дашбордів стосується інформації про стан подання звітів про наявність та відсутність інцидентів під час надання послуг, дані доступні на рівні надавача, області, регіонального департаменту НСЗУ. Це єдине джерело таких звітів. У гайдлайні ВООЗ «Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance» 2020 року підкреслюють важливість проведення моніторингу, та навчання з питань безпеки пацієнтів [97].

В дашбордах з аналізу ведення електронних направлень лікарями первинної та спеціалізованої медичної допомоги відображено детальну

інформацію що до створених та виконаних електронних направлень на рівні надавача, кількості лікарів, які виписали направлення, кількості пацієнтів, які отримали направлення, кількості направлень на одного пацієнта, статус та категорія направлення. Дані відображені по кварталах, динаміка графічно зображена по днях. Доступні дані, що до виконання та погашення одним надавачем при наявності відповідних договорів, є можливість відобразити джерело фінансування послуги (програма медичних гарантій, інші джерела фінансування).

Враховуючи стратегічні плани МОЗ України що до універсального охоплення населеннями послугами на рівні ПМД було проаналізована можливість отримання даних на різних рівнях надання допомоги (локальній, регіональній, національній) з використанням даних відображених в дашбордах “Показники досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги”.

Дані відображені в таблицях, графіках та на карті. За допомогою фільтру можна виділити дані на рівні області, обрати звітний період. Всі індикатори які зафіксовані в дашборді мають пояснення щодо розрахунку, але не має даних з яких джерел в МІС беруть дані для розрахунку для деяких показників процесу. Всі показники розподілені за принципом тріади Донабедіана: показники системи, процесів та результату.

Систему відображають наступні показники:

- щільність центрів ПМД/ місць надання ПМД (на 100 тис населення), розраховується як відношення загальної кількості центрів ПМД/ місць надання ПМД до чисельності населення (на 100 000 населення);

- забезпеченість лікарями ПМД (на 100 тис населення) як відношення кількості активних лікарів ПМД до чисельності населення (на 100 тис населення). Цей показник також дублюється для розрахунку як індикатор якості згідно наказу МОЗ від 17.04.2023 «Про затвердження Примірного переліку індикаторів якості надання первинної медичної допомоги». Цей

показник більше розглядають на національному та регіональному рівні для оцінки забезпеченості лікарями. В умовах міграції населення у військовий та повоєнний час ми не маємо чітких даних про кількість населення у певному регіоні та не розуміємо де існують прогалини.

Ці два показника бажано відображати на карті разом з прорахунком щільності населення в регіоні. Це важливо для органів місцевого самоврядування для прийняття рішень що до планування залучення лікарів у дану місцевість, що до зміни локації та структури місця надання ПМД, для формування пропозицій приватним надавачам для відкриття нових місць надання медичних послуг. Залишаються питання, як цей прорахунок відобразить спроможну мережу ПМД, які закладені рекомендовані показники для міської, сільської місцевості? На якому рівні надання допомоги це враховувати їх як критерій ефективності.

До показників, які відображають систему належить також показник реєстрації пацієнта в ПМД - частка населення, яка уклала декларації про вибір лікаря з лікарями ПМД.

Оскільки ці дані доступні на рівні тільки області, в розрізі ОТГ це подивитися не можливо.

До процесів мають відношення наступні показники:

- моніторинг розвитку дитини протягом першого року життя - частка дітей (віком до одного року), яких регулярно (4 і більше разів) оглядав лікар ПМД протягом їхнього першого року життя; Цей показник розраховується ретроспективно, його також рекомендовано використовувати як індикатор якості надання ПМД. В даному дашборді це єдиний показник який оцінює нагляд за дитиною. Залишається питання, як при міграції населення при збереженні декларації з попереднім лікарем можна достовірно оцінити хто, скільки разів оглядав дитину;

- загальне використання послуг ПМД - частка населення, яке хоча би один раз протягом року консультувалося з членом команди ПМД

(щонайменше один запис в ЕСОЗ); Візити щодо огляду здорової дитини також включено в цей показник. Даний критерій дуже важливий тому що він відображає і проактивні дії лікаря, не тільки звернення пацієнта з приводу захворювання. Цей показник важливий на локальному рівні, тому важливо мати ці дані на рівні надавача та лікаря. Ці критерій також включено до примірного переліку індикаторів. На нашу думку краще бачити кількість людей, які не звертались за допомогою 6 місяців, це дозволить планувати проактивні дії та підвищити рівень охоплення послугами ПМД;

- оцінювання ризику гіпертонії - частка зареєстрованого населення старше за 40 років (чоловіки) та 50 років (жінки), якому вимірювали артеріальний тиск під час візиту до ПМД, та відповідна інформація була передана до ЕСОЗ; При аналізі цього показника за даними дашборду ми бачимо великі коливання в значеннях по областях, на нашу думку це обумовлено неякісною фіксацією даних про артеріальний тиск. Дані вносять в текстове поле, яке не підлягає аналізу, а не закривають як діагностичний звіт.

Декілька дашбордів присвячені програмі «Доступні ліки», а саме:

- охоплення реімбурсацією вартості лікарських засобів на рівні ПМД (виписування рецептів) - це доступ населення віком старше 18 років, що мають хронічні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, цукровий діабет 2 типу (не інсулінозалежний), до можливості отримати електронний рецепт на основні лікарські засоби, які входять до програми доступні ліки;

- охоплення реімбурсацією вартості лікарських засобів на рівні ПМД (отоварення рецептів) - частка пацієнтів віком старше 18 років, що мають хронічні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, цукровий діабет 2 типу (не інсулінозалежний), яка отоварила отриманий за програмою доступні ліки рецепт;

За цими двома показниками ми маємо примірний відсоток людей по всій країні, які отримали та використали рецепт за програмою «Доступні ліки». Це також важливо для планування фінансування цієї програми. Чи відображають дані охоплення лікуванням? Як що пацієнт бажає приймати комплексні препарати, які не входять до програми «Доступні ліки», чи потрібно виписувати окремі рецепти, щоб було видно в ЕСОЗ, що лікар пропонував пацієнту скористатися цією послугою, а пацієнт обрав інший препарат, щоб покращити свій комплаєнс?

Наступні показники відображають догляд за пацієнтами з хронічними НІЗ:

- повторний візит при гіпертонії - частка пацієнтів віком старше 18 років з вперше встановленим діагнозом гіпертонії, які здійснили повторний візит до лікаря ПМД з приводу гіпертонії протягом 12 місяців референтного періоду;

- контроль рівня глюкози у пацієнтів з ЦД - це частка пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу (не інсулінозалежний) із контрольованим рівнем глюкози за показниками глікованого гемоглобіну.

Які показники вважаються контрольованими, оскільки для різних вікових груп згідно клінічних протоколів допускаються різні значення глікованого гемоглобіну. Цей індикатор відноситься до клінічних, для розуміння якості нагляду треба ще вимірювати відсоток пацієнтів, яким вимірювали цей показник хоча б 1 раз на рік.

До показників результату відносяться наступні:

- госпіталізація, якої можна уникнути (відносно всіх зареєстрованих пацієнтів) - це частка госпіталізацій пацієнтів з захворюваннями, які підлягають амбулаторному лікуванню;

- госпіталізація, якої можна уникнути (відносно всіх госпіталізованих пацієнтів) - це частка госпіталізацій пацієнтів з захворюваннями, які здебільшого підлягають амбулаторному лікуванню;

- ускладнення при цукровому діабеті, яких не вдалося уникнути - частка пацієнтів віком 18 років і старше, з цукровим діабетом, яким було проведено ампутацію нижньої кінцівки або її частини;

- лікування гіпертонії - частка пацієнтів віком 18 років і старше із встановленим діагнозом гіпертонії і контрольованим рівнем артеріального тиску (за даними, переданими до ЕСОЗ).

Показники, які стосуються хронічних НІЗ використовуються у багатьох країнах в комплексі з іншими показниками, які стосуються кожної нозології.

Вище перелічені показники результату відображають якість нагляду за пацієнтом за довгий проміжок часу, оскільки в Україні пацієнти мають можливість вільно змінити лікаря, часто мігрують між лікарями, важко оцінити нагляд за пацієнтом в конкретному лікувальному закладі. Ці показники треба оцінювати в комплексі з іншими показниками, які стосуються даної нозології. Більшу цінність вони мають на регіональному та національному рівні.

Наявність аналітичних панелей на сайті НСЗУ надає багато можливостей для користувачів.

Кожний громадянин України має можливість отримати дані про наявність укладеного договору у лікувального закладу комунальної або приватної форми власності або у ФОП, знайти найближче місце надання медичної допомоги за ПМГ, отримати інформацію про пакети ПМГ, які має надавач медичної допомоги. Обрати для себе аптеку, де можна отримати препарати за програмою «Доступні ліки». Можна подивитися скільки декларацій має сімейний лікар, терапевт, педіатр з яким пацієнт бажає заключити декларацію, кількість лікарів за місцем надання первинної медичної допомоги.

Наявність цих даних в відкритому доступі спрощують для пацієнтів пошук та пришвидшують можливість отримати необхідну медичну послугу.

Для лікарів це можливість отримати інформацію про показники діяльності свого закладу, дані на рівні регіону, країни. Ознайомитись з наявністю договорів на інші види медичних послуг у своєму регіоні.

Для керівників медичних закладів або лікарів ФОП, які управляють своєю практикою це необхідний інструмент для аналізу. На жаль, багато медичних працівників не ознайомлені з повним функціоналом та можливостями які надають аналітичні панелі.

Це не турнірна таблиця, але системний аналіз, порівняння обсягів наданих послуг та попиту на ці послуги надає можливість планувати розвиток, реорганізацію.

Для власників комунальних закладів наявні дані допомагають у визначенні стратегічних напрямів та прийняття операційних рішень.

Департаменти охорони здоров'я також зацікавлені у оперативному отриманні даних, без зайвого перевантаження надавачів медичної допомоги.

МОЗ має можливість отримати інформацію про різні аспекти діяльності закладів, наприклад звітування про несприятливі події. Також наявність такого масиву даних які відображають рівень охоплення універсальною послугою ПМД в сукупності з іншими статистичними даними дозволяють планувати національну стратегію з охоплення.

На даному етапі ми маємо розбіжності в даних, які ми отримуємо з дашбордів та з МІС, що до проведених щеплень. На це існує багато різних причин, які призводять до викривленого відображення інформації на різних рівнях. Це може бути пов'язане з значним рівнем міграції населення та медичних працівників по регіонах, неякісним ведення електронних медичних записів, неготовністю функціоналу аналітичних систем, різними алгоритмами розрахунку при плануванні, звітуванні про щеплення.

Щоб підвищити рівень користування аналітичними панелями НСЗУ треба висвітлити всі алгоритми формування показників, для покращення внесення інформації та отримання достовірних даних; а також керівникам

зацікавити співробітників ЗОЗ користуватися ними для отримання більш широкого погляду на ПМГ.

2.2 Аналіз стану впровадження індикаторів якості надання ПМД

В дослідженні приймало участь 140 респондентів з різних областей України. Відповіді були зібрані шляхом анонімного анкетування. Анкета була розміщена в соціальній мережі «Фейсбук» в профільних групах «Записничок сімейного лікаря», «Керівник первинки», та поширена на приватних сторінках членами груп. Для більшої репрезентативності в опитуванні взяли участь представники надавачів ПМД різної форми власності (лікарі первинної ланки та керівники). Даний опитувальник мав на меті розглянути декілька питань стосовно якості медичної допомоги (розуміння поняття якості медичної допомоги, стану впровадження індикаторів якості, автоматизації розрахунку індикаторів).

Розподіл респондентів за віком виглядає наступним чином. Більше половини респондентів (65%) склали особи віком 31–50 років.

Дані наведено на рис. 2.2.1.

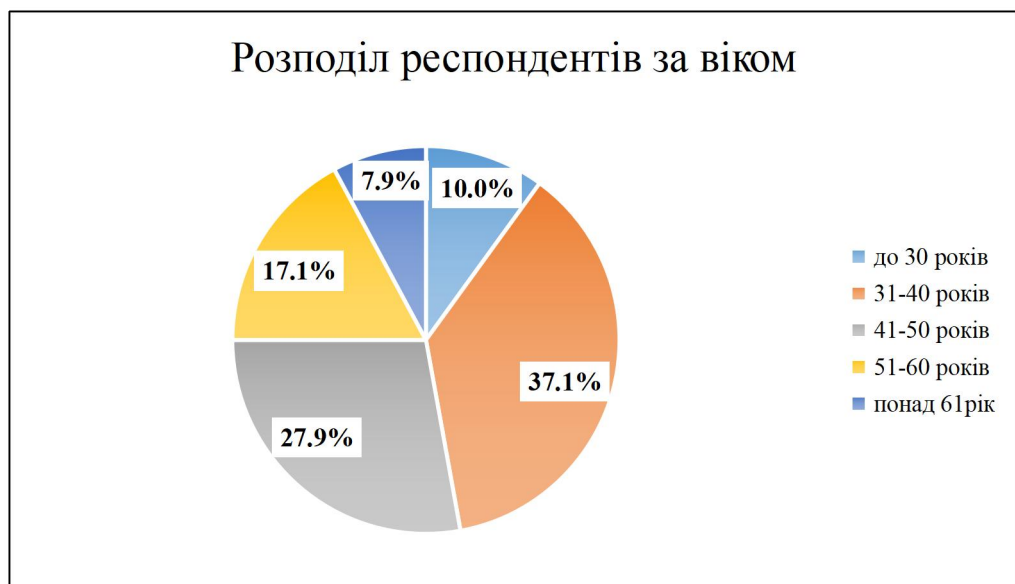


Рис. 2.2.1. Розподіл респондентів за віком, %

У дослідженні прийняли участь лікарі загальної практики- сімейної медицини, терапевти, педіатри, фахівці з організації та управління охороною здоров'я. Дані наведено на рис. 2.2.2.

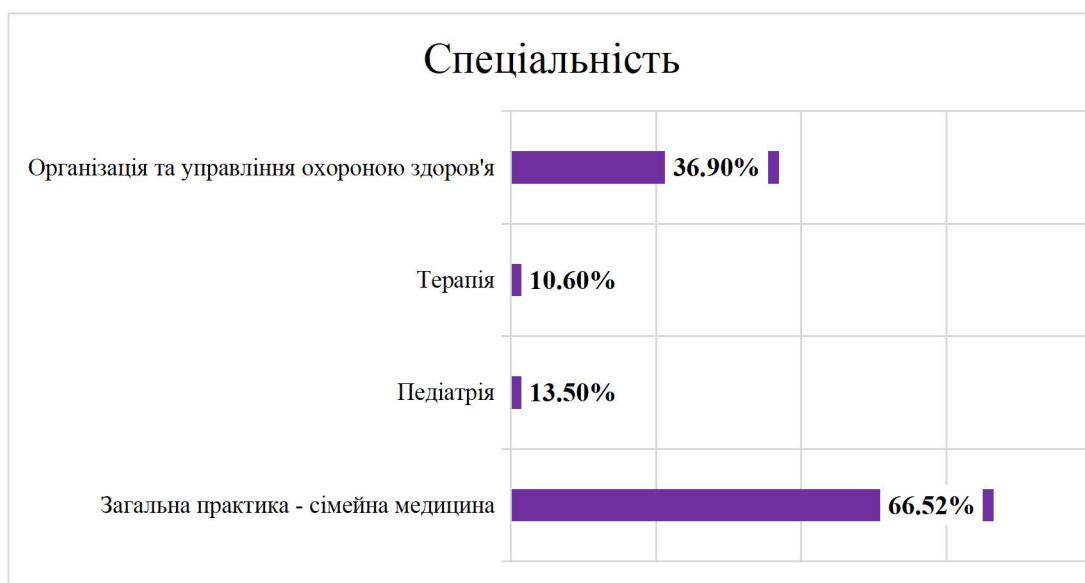


Рисунок 2.2.2. Розподіл респондентів за спеціальністю, %

Такий розподіл спеціальностей лікарів первинної ланки відповідає загально національній картині. За даними дашбордів НСЗУ станом на 2.06.2023 року в рамках ПМД зареєстровано 15% терапевтів, 20% педіатрів, 65% сімейних лікарів. На момент опитування респонденти займали наступні посади. Перелік посад відображено на рис. 2.2.3.



Рисунок 2.2.3. Займана посада на момент опитування, %

Біля 49% респондентів на момент опитування працювали лікарями первинної ланки (з них в КНП - 57%). Респонденти були рівномірно представлені в опитуванні (керівні посади обіймали 45% респондентів, 49% - представляли лікарів первинної ланки). Це відображає однакову зацікавленість опитаних аспектами якості медичної допомоги.

Наведені дані дослідження демонструють, що більш активно прийняли участь у опитуванні представники Дніпропетровської, Львівської, Київської, Одеської області та м. Київ. Це не відображає меншу зацікавленість представників інших областей, а скоріше за все відображає більш активне користування соціальними мережами та залученість у відповідні групи.

Розподіл респондентів за областями наведено на рис. 2.2.4.

В опитуванні прийняли участь мешканці обласних центрів, міст, сел та селищ. Кількісні дані відображено на рис. 2.2.5.

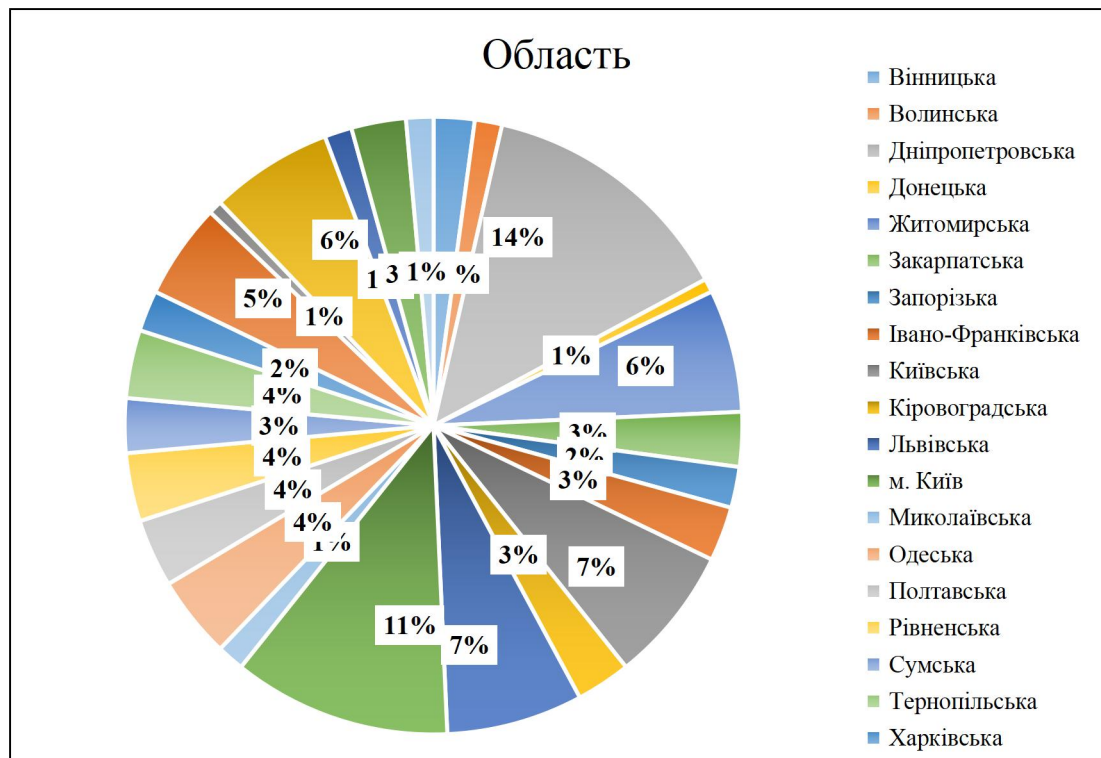


Рис. 2.2.4. Розподіл респондентів за областями, %

Такі тенденції розподілу респондентів відповідають даним електронної карти місць надання медичної допомоги розміщеним на сайті НСЗУ.



Рис.2.2.5. Тип населеного пункту, %.

За формою власності розподіл надавачів ПМД відображає загально національні тенденції. Переважна більшість складають КНП, ФОП займають друге місце, приватні заклади (ТОВ) третє. Дані наведено на рис. 2.2.6.

Постійне збільшення питомої ваги лікарів ФОП у структурі надавачів ПМД на нашу думку обумовлено популяризацією цієї форми господарювання у засобах масової інформації, успішним прикладом впровадження цієї практики лідерами думок у середовищі сімейних лікарів, більшою свободою у формуванні робочого дня, можливістю впровадження додаткових платних послуг для громади без складного узгодження з органами місцевого самоврядування.

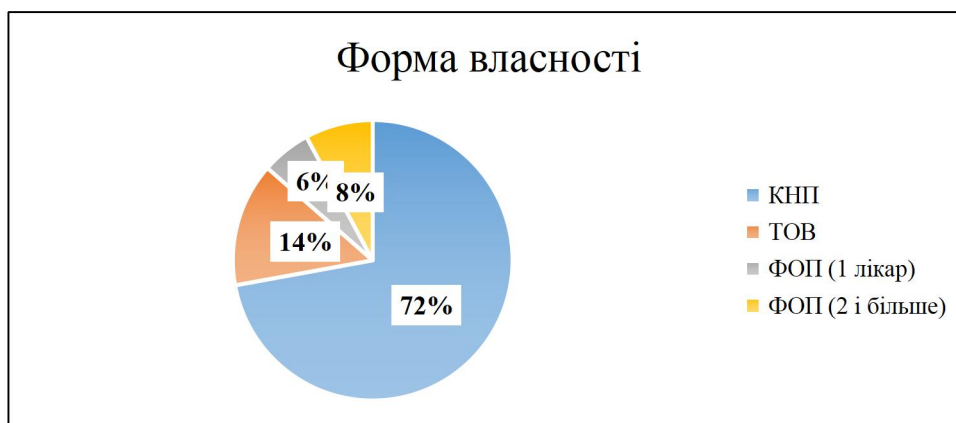


Рис. 2.2.6. Форма власності надавача ПМД, %.

Ми вважаємо такі тенденції будуть продовжуватися і на далі, особливо в невеликих населених пунктах. Об'єднання лікарів ФОП в групові практики на договірних умовах буде наступним шляхом для формування мережі. Це покращить побудову системи управління якістю, створить більш сприятливі умови для налагодження внутрішнього аудиту.

Договір с НСЗУ мали 93,6% респондентів, ще 1,7 % планують заключити у майбутньому. Це свідчить про довіру до НСЗУ як до державного замовника медичних послуг та відображає існуючу тенденцію до збільшення питомої ваги надавачів приватної форми власності на рівні ПМД.

В опитуванні взяли участь надавачі ПМД які мають команду від 1 до 99 лікарів. Кількість лікарів з закладах, які взяли участь у опитуванні відображено на рис. 2.2.7.

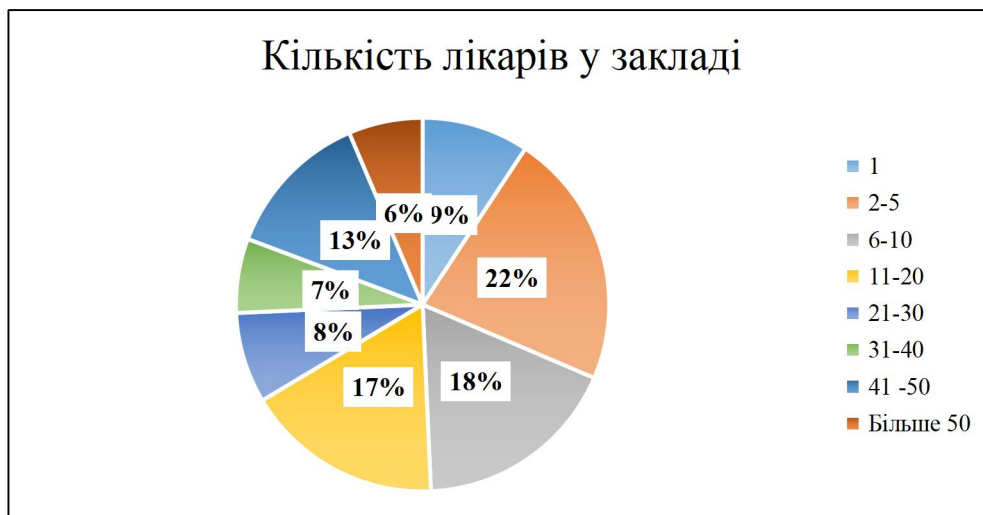


Рис.2.2.7. Кількість лікарів у закладі.

Ми не включили в анкету запитання про зв'язок між кількістю лікарів в команді та побудовою системи управління якістю медичної допомоги. Але в коментарях отримали інтересні зауваження, які було висвітлено в підрозділі про впровадження індикаторів якості.

За кількістю місць надання ПМД респонденти були розподілені наступним чином, дані наведено на рис. 2.2.8.

Монопрактику представляли 22% респондентів, 2-3 місця надання медичної допомоги мали - 19%, 5 місць - 6% опитаних, 6 місць --11%, 7 і більше -33% респондентів.

Такий розподіл свідчить про різну структуру медичних практик, та різні кмови для формування команд з якості.



Рис.2.2.8. Кількість місць надання послуг, %.

Що до кількості декларацій, 40% лікарів не змогли назвати кількість декларацій у своєму закладі. На нашу думку, це свідчить про те, що лікарі не користуються аналітичними панелями НСЗУ, а також керівники не вимагають знати структурні показники закладу.

Наступні запитання були присвячені визначенню терміну якісна медична допомога.

Спектр відповідей добре демонструє нам, що респонденти мають різне уявлення про визначення та характеристику терміну якісна медична допомога. Цей термін багатогранний. Для частини респондентів (19%) якість медичної допомоги пов'язана з відсутністю скарг. І як що цей критерій буде закладено в індикатори якості, то негативний зворотній зв'язок вірогідно будуть приховувати. Отримання зворотного зв'язку від пацієнтів щодо їх

задоволення медичною послугою вкрай важливо для розуміння відповідності їх очікуванням та потребам, для корекції прогалин.

Серед опитаних тільки 31,4% відсотків респондентів визначили всі 6 критеріїв якості медичної допомоги такі як: доступність, безпека, своєчасність, ефективність, пацієнторієнтовність, доказовість. Ефективність обрали -86%, доказовість-79%, доступність-76%, пацієнторієнтовність- 74%, своєчасність-73%, безпеку -61%.

Слід зазначити, що більш повне розуміння характеристик якісної медичної допомоги було у респондентів, які проходили навчання з якості.

В наступному рисунку 2.2.9 відображено розподіл відповідей в залежності від того, чи проходили респонденти навчання з якості, чи ні.

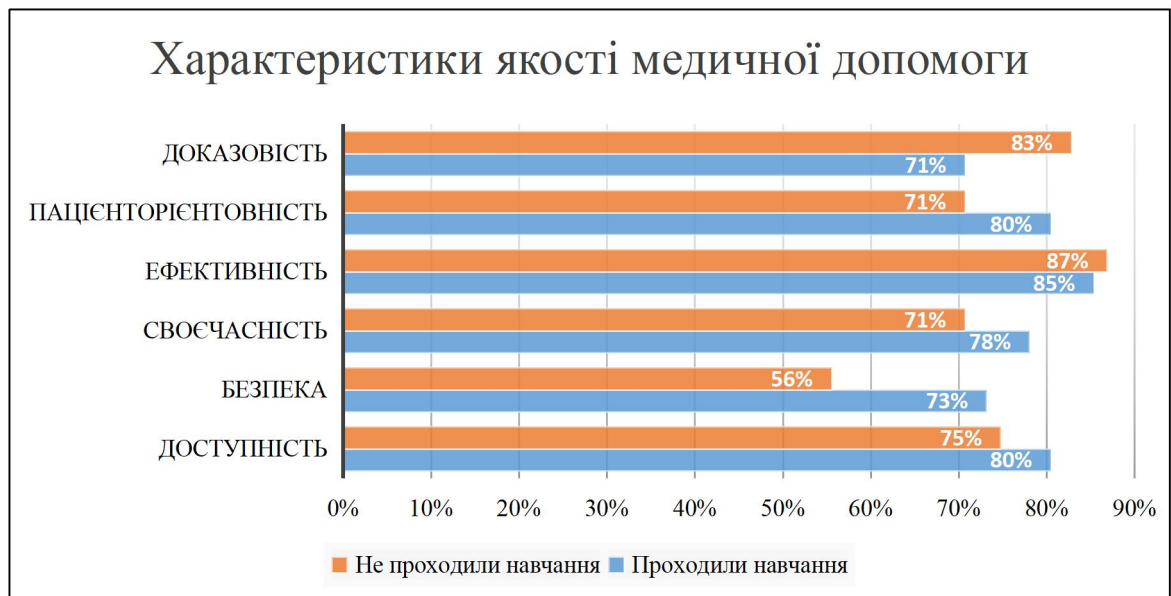


Рис. 2.2.9. Характеристики якості медичної допомоги, %.

Згідно наданих відповідей та обсягу інформації який ми маємо, ми не можемо надати всебічний аналіз факторів, які вплинули на такий розподіл, Ми б хотіли звернути увагу на декілька моментів. Безпека пацієнтів не є в пріоритеті серед ознак якісної медичної допомоги. Це викликає занепокоєння і потребує коригувальних дій таких як проведення додаткового навчання з питань безпеки пацієнтів і персоналу, пошук причин недостатньої уваги до цього важливого пріоритетного аспекту медичної допомоги. Також

показником якості відзначили відповідність визначеним індикаторам якості 35% респондентів. На нашу думку це відображає прогалини в розумінні призначення індикаторів якості. Індикатор представляє собою інструмент контролю, а не характеристика якості. Для орієнтації на досягнення певного рівня індикатора треба розуміти, що кінцева мета це покращення якості надання медичної допомоги, а не покращення значення індикатора. Також треба зазначити, що навички з управління якістю треба підтримувати постійно та удосконалювати, щоб систематизувати їх та постійно покращувати.

Моніторинг та оцінка якості на рівні медичного закладу є складовою частиною процесу постійного покращення, а також джерелом інформації для всіх зацікавлених сторін. В ході дослідження визначено певні складнощі з організацією внутрішнього контролю у монопрактиках (ФОП). Лікар сам визначає контрольні точки, сам контролює, сам планує покращення, сам звітує. У зв'язку з великим навантаженням, відсутністю робочої групи з якості деякі етапи внутрішнього контролю губляться. Одним з шляхів з покращення в цьому напрямку було б залучення до тематичних груп рівних для обміну досвідом, а також врахування особливостей роботи монопрактик при написанні процедур експертної оцінки в нормативних документах.

За даними респондентів внутрішній контроль з якості медичної допомоги проводиться шляхом перевірки первинної медичної документації (паперових карт) у 25,5 % випадках (наявність інформованої добровільної згоди пацієнта та інше). Наявність згоди пацієнта підтверджує принципи пацієнторієнтовності в наданні медичної допомоги, забезпечення права пацієнта на вільний та освідомлений вибір. Але на жаль дублює необхідність перевірки даних в різних джерелах та призводить до значних часових витрат.

Також велика кількість респондентів (73%) зазначила що проводить моніторинг та аналіз скарг та звернень пацієнтів, проте опитування пацієнтів щодо задоволення отриманою медичною послугою проводять тільки у 44,7%

випадків. На жаль ми визначили, що впровадження оцінки задоволеності пацієнта та його досвід ще широко не використовуються на рівні ПМД. Зворотній зв'язок від пацієнта є об'єктивним, багатоаспектним, вільним від професійної та відомчої упередженості, здатним оцінити різні аспекти медичної послуги, може бути отриманий безпосередньо після візиту пацієнта.

Контроль за коректністю ведення електронних медичних записів впроваджують в закладах у 56% респондентів. На нашу думку, це також достатньо низький показник. Багато уваги приділяється контролю за введенням електронних медичних записів що до вакцинації, інші аспекти іноді виходять із зони контролю. Експертиза ведення електронних медичних записів в закладах проводиться вибірково, після отримання розшифровок про ведення електронних записів від НСЗУ проводять аналіз некоректних та помилкових записів. Велика кількість респондентів (40%) у коментарях зазначили, що введення сигнальних позначок та певних обов'язкових алгоритмів заповнення електронних медичних записів покращило би якість їх ведення. Наприклад, як що проводиться огляд пацієнта з артеріальною гіпертензією, то неможливо закрити запис без внесення даних про артеріальний тиск у відповідну графу, та оформити це у відповідний спосіб, щоб дані були доступні в ЕСОЗ.

Певна кількість респондентів (18,6%) зазначили, що для проведення клінічного аудиту їм не вистачає оновленої бази клінічних протоколів та настанов, щоб визначити відповідність призначеного лікування певним стандартам та знайти там клінічний індикатор.

Згідно отриманих відповідей моніторинг впроваджених індикаторів якості проводять 52,6% опитаних. Є певний відсоток закладів (4,6%) в яких моніторинг з якості не проводиться, в них також відсутні критерії та індикатори якості.

Затверджений перелік індикаторів якості мають 45% респондентів, ще у 27,8% він перебуває на стадії розробки.

Перелік індикаторів, який впровадили в свою практику респонденти дуже різноманітний. Мінімальна кількість індикаторів -1, максимальна -22. Це цілком зрозуміло, це залежить від обраних пріоритетів закладу, ступеня залученості керівника та команди та багатьох інших факторів, попереднього навчання з якості та участі у різних проектах. Ми не могли глибинно вивчити ці фактори, оскільки анкетування було анонімним.

Відповіді наведено згідно формулюванням респондентів без виправлення. До індикаторів якості були включені у 100% випадків рівень охоплення вакцинацією дитячого населення до 6 років, оскільки це вимога НСЗУ до пакету з ПМД. Дотримання виробничої дисципліни зустрічалось у 12,7%, проактивна робота з пацієнтом -41,2%, розробка маршрутів пацієнтів - 23,8%, проведення скринінгу згідно наказам МОЗ -42,8%, спостереження на хронічними хворими -66,7%, вакцинація дорослого населення -38%, виявлення занедбаних форм онкопатології-9,5%, рівень дитячої та малякової смертності-6,3%, грудне вигодовування у дітей до 2 років -7,9%, щеплення від COVID-19-20,6%, нагляд за паліативним пацієнтом -11,1%, охоплення програмою «Доступні ліки» -15,9%.

За досягнення певних значень в визначених критеріях якості працівники отримують матеріальні стимули. Більшість таких нараховувань пов'язана з кількістю наявних декларацій у лікаря. З початком повномасштабного вторгнення частина лікувальних закладів припинила доплату за кількість декларацій, залишив тільки ставку. Це також було пов'язано з закриттям реєстрів, та неможливістю перевірити існуючу кількість декларацій в ЕСОЗ, дані були доступні тільки на рівні МОЗ, та зміною системи фінансування.

Також в рамках нашого дослідження ми визначили, що з всіх 140 опитаних респондентів ще до війни у 14,2% лікарів не залежно від форми власності їх лікувального закладу не було перемінної частини в заробітній платні, нараховувалась тільки ставка. Доплату за дотримання певних

критеріїв не передбачено у 28,5% випадків, існує доплата тільки за кількість декларацій.

З початком повномасштабного вторгнення у 27% випадках припинили нарахування перемінної складової за досягнення певних показників з якості, збережені нарахування у 44,4% респондентів.

З 63 респондентів, які отримують матеріальні стимули за досягнення результатів 73 % розуміють структуру нарахувань та можуть її перевірити.

Більшість респондентів (75%) вважають, що матеріальні стимули важливі як винагорода за досягнення результатів, 12,1% респондентів вважають що матеріальні стимули не є головні та не впливають на результат.

Наведені дані дослідження свідчать про негативний вплив повномасштабного вторгнення на фінансову складову діяльності закладу та рівень заробітної платні яку отримує лікар. Також на недостане впровадження матеріальних стимулів за досягнений результат у систему мотивації лікаря. Також треба покращити інформованість лікаря щодо порядку розрахунку бонусної складової. Важливо також розробити матеріальну та нематеріальну складову стимулів, які можуть покращити якість надання медичної допомоги.

За даними проведеного дослідження ми дізнались що 15% респондентів не ознайомлені з Наказом МОЗ України від 17.04.2023 № 716 "Про затвердження Примірного переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги".

Також ми визначили, що для 40% респондентів не зрозуміли цілі впровадження цих індикаторів, обґрунтування необхідності їх розрахунку, їх вплив безпосередньо на якість медичної допомоги. Це підтверджує нашу думку, що відсутність попереднього обговорення з медичною спільнотою, пояснювальної записки до наказу з роз'ясненнями що до цілей та впливу індикаторів на якість надання медичної допомоги, породжує супротив до їх впровадження.

В рамках дослідження ми отримали думку респондентів що до індикаторів структури медичного закладу (кількість декларацій, кількість медичних сестер братів) та їх впливу на якість первинної медичної допомоги.

Кожний лікар володіє інформацією про кількість задекларованого у нього населення. В ході дослідження ми з'ясували думку лікарів що до необхідності володіти інформацією про кількість та структуру декларацій на рівні закладу.

Відповіді були розподілені наступним чином: на рівні лікаря 58% респондентів вважають, що це необхідно для розуміння скільки грошей мої декларанти приносять в заклад, 60% - для планування пріоритетних напрямів своєї діяльності, 55,7% - для розуміння потреб пацієнтів, 24,3% - для планування свого навчання.

На рівні закладу розрахунок структури декларацій дає можливість для 67,8% респондентів оцінити фінансову спроможність закладу, визначити потребу у додаткових послугах - 62,1%, спланувати індивідуальні індикатори якості для лікарів - 24,3%, спланувати навчання для лікарів -29,3%.

Як впливає кількість декларантів на одного лікаря на якість надання медичної допомоги? Ми маємо рекомендований обсяг пацієнтів для лікаря ПМД. Це оптимальна кількість для підтримання фінансової спроможності закладу, або для підтримки навичок лікаря, або цей обсяг прорахований з урахуванням кількості наявних лікарів та населення? Тут не має остаточної відповіді. На думку більшості наших респондентів (73,6%) велика кількість пацієнтів (більше ніж рекомендована НСЗУ) призводить до втрати якості, 8,6% вважає що невелика кількість пацієнтів також приводить до зниження рівня якості; 23,6% додержуються думки, що кількість пацієнтів не впливає на якість надання медичної допомоги.

За даними отриманих результатів опитування 71,4% респондентів вважають, що наявність медичної сестри в команді лікаря підвищує якість надання медичної допомоги, шляхом зменшення навантаження на лікаря,

40,7% дотримуються думки, що це покращує якість комунікацій з пацієнтом, 16,4 % вважають що це не впливає на якість.

Наступні питання були спрямовані на визначення лідерів з впровадження систем управління якістю.

Своє відношення до створення незалежної інституції з питань якості медичної допомоги висловили 100% респондентів. Відповіді наведено на рис. 2.2.2.



Рис. 2.2.10. Думка респондентів щодо створення незалежної агенції з питань якості, %

Підтримують її створення 48,6%, проти 37,1%, не мають відповіді на цей час 14,3 %, опитаних. У коментарях до запитання респонденти висловили побоювання що нова інституція буде корумпованою, непрозорою, забюрократизованою, закритою до участі в ній практикуючих лікарів. Пропонують покласти ці функції на НСЗУ 15% опитуваних. Така структура відповідей відображає певну недовіру до державних інституцій.

За даними проведеного дослідження ми дізналися що мають авторитет у питаннях якості медичної допомоги МОЗ у 32% респондентів, НСЗУ у 41% респондентів. На нашу думку, це пов'язано з тим, що з початку впровадження реформи охорони здоров'я на сайті НСЗУ було відкрито Академію НСЗУ, де було розміщені всі навчальні матеріали стосовно

реформи, створено за підтримки міжнародних проектів декілька навчальних курсів, як приклад «Кращі практики управління медичним закладом».

НСЗУ проводить більш відкриту комунікаційну кампанію з залученням міжрегіональних департаментів, надавачів медичної допомоги.

Профільним фаховим організаціям (Асоціація сімейних лікарів України, Академія Сімейної Медицини України) довіряють 44% респондентів, це також пов'язано на нашу думку з участю їх у безперервному професійному розвитку лікарів.

Низький ступінь авторитету має ДЕЦ- 9%. На сайті ДЕЦ останні оновлення навчальних програм були в 2021 році, навчання з питань якості та безпеки пацієнта там відсутні, також складно знайти необхідну інформацію, наприклад перелік індикаторів якості, які використовують в Україні. Для цього треба зайти в кожний стандарт та перевірити [4]. Незручний інтерфейс сайту зменшує рівень користування цим ресурсом. Деякі відповіді містили коментарі, що таке ДЕЦ і чим він займається. На нашу думку це свідчить про те, що є деякі прогалини в знаннях нормативно-правових документів з питань якості, а головне про погане висвітлення інформації на сайті ДЕЦ.

Низький рівень авторитету до ВООЗ (10%) свідчить на нашу думку про те, медична спільнота не розуміє чим займається ця організація. Низький рівень володіння англійською мовою також перешкоджає рівню володіння інформацією про вклад ВООЗ в розробку політики з якості медичної допомоги на глобальному рівні.

В ході дослідження ми дізналися, що 69,3% респондентів відвідували центри передового досвіду ПМД, які впровадили критерії та індикатори якості медичної допомоги в свою практику. Це дозволило їм засвоїти кращі підходи та стратегії, адаптувати їх до власного контексту та цілей, покращити процеси та ефективність. Частина респондентів (12,9%) бажають відвідати такі центри. Про наявність центрів передового досвіду ПМД не знали 25% опитаних.

Статистично представити думку респондентів щодо персонального лідерства було складно, тому що часто не вказували прізвище особи.

Основними перешкодами імплементації індикаторів якості та побудові системи управління якістю респонденти визначили відсутність експертів (65%), незрозумілість індикаторів (55%), недостатність знань (49,3%), збільшення навантаження та паперової роботи (44,3%). опір колег (24,3%).

Наступні відповіді на запитання надали нам можливість вивчити рівень готовності МІС до автоматичного розрахунку критеріїв якості надання ПМД.

2.3. Дослідження рівня готовності функціоналу МІС до автоматичного розрахунку критеріїв якості надання ПМД

Цифровізація та створення єдиного інформаційного медичного простору, розвиток ЕСОЗ є одними з пріоритетних завдань для системи охорони здоров'я. З квітня місяця 2023 року всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності, які провадять медичну практику, почали працювати в ЕСОЗ, і це стало одною з ліцензійних умов. Це рішення важливе в першу чергу для пацієнтів, аби усі медичні дані зберігалися в одному місці та були доступними в майбутньому пацієнту та медичним працівникам, які надають йому медичну допомогу. Також це надає можливість акумулювати статистичні дані про медичні записи.

Для розуміння принципів функціонування ми розглянули термінологію, цілі та завдання кожного з компонентів ЕСОЗ.

ЕСОЗ складається з двох компонентів: центральної бази даних (ЦБД) та МІС [15].

«ЦБД – інформаційно-телекомунікаційна система, яка містить передбачені законодавством реєстри, програмні модулі, інформаційну систему НСЗУ, в частині, необхідній для реалізації державних фінансових

гарантій, забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами».

«МІС – інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, зокрема з центральною базою даних (у разі підключення)» [15].

На цей час до системі ЕСОЗ підключено 21 МІС яка у своєму складі має робоче місце лікаря ПМД. Дані про повний перелік функціоналу МІС щодо внесення електронних даних за пакетами, які надають на рівні ПМД відсутні. Дані щодо дати оновлення даної інформації на сайті ДП «Електронне здоров'я» не вказано. В наявності є запис, що «ДП “Електронне здоров'я”, як Адміністратор eHealth не зобов'язує МІС розробляти весь доступний функціонал, дане рішення приймається кожним Оператором МІС самостійно» [53].

Згідно технічних вимог до МІС для її підключення до ЦБД ЕСОЗ вимоги що до автоматичного розрахунку примірного переліку індикаторів якості та показників універсального охоплення послугою ПМД відсутні [12].

Одним з завдань в ході написання даної кваліфікаційної роботи було визначення стану готовності функціоналу різних МІС до автоматичного розрахунку індикаторів з примірного переліку індикаторів якості надання ПМД. В анкету були включені декілька питань стосовно співпраці між надавачем медичних послуг та обраним МІС.

Згідно відповідям респондентів 75% надавачів ПМД співпрацюють з МІС «HELSI», «МЕДЕЙР», «MEDSTAR». Питома вага різних МІС в цьому сегменті наведено на рис. 2.3.1.

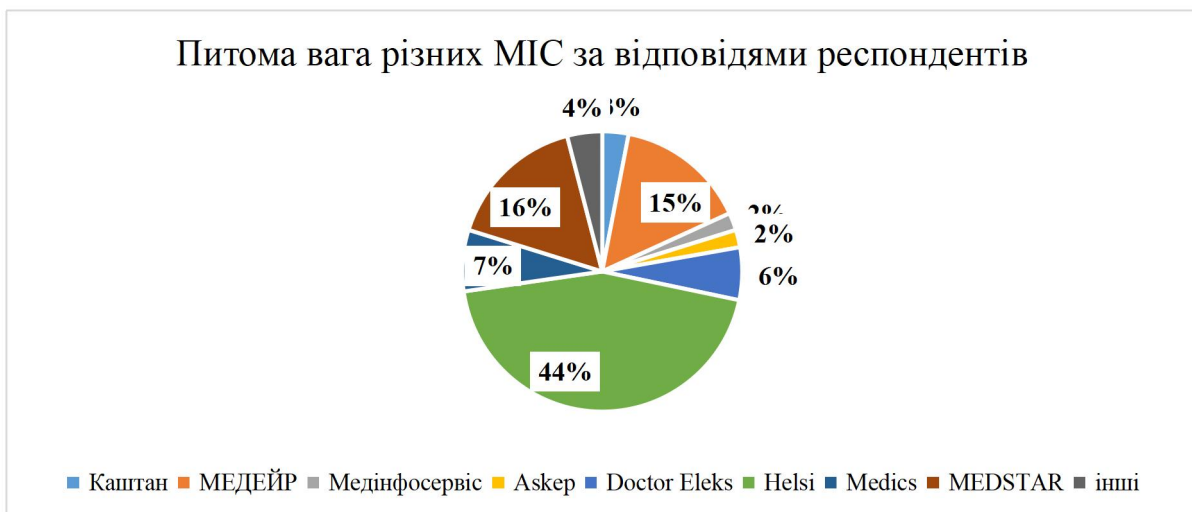


Рис. 2.3.1. Питома вага різних МІС за відповідями респондентів, %

Такий розподіл скоріш за все обумовлений нерівномірною вибіркою за населеними пунктами. Отримані в ході дослідження дані не можна порівняти з відкритими даними у зв'язку з їх відсутністю.

Вибір МІС залежить від вимог користувачів, цінової політики, якості роботи служби техпідтримки, готовності МІС проводити технічні доробки згідно завдань користувача, також від того з яким МІС співпрацюють заклади спеціалізованої допомоги, від можливості інтегрувати поточне програмне забезпечення, підтримки навчання.

В ході дослідження ми оцінили рівень задоволеності респондентів співпрацею з МІС, відповіді наведено на рис. 2.3.2.

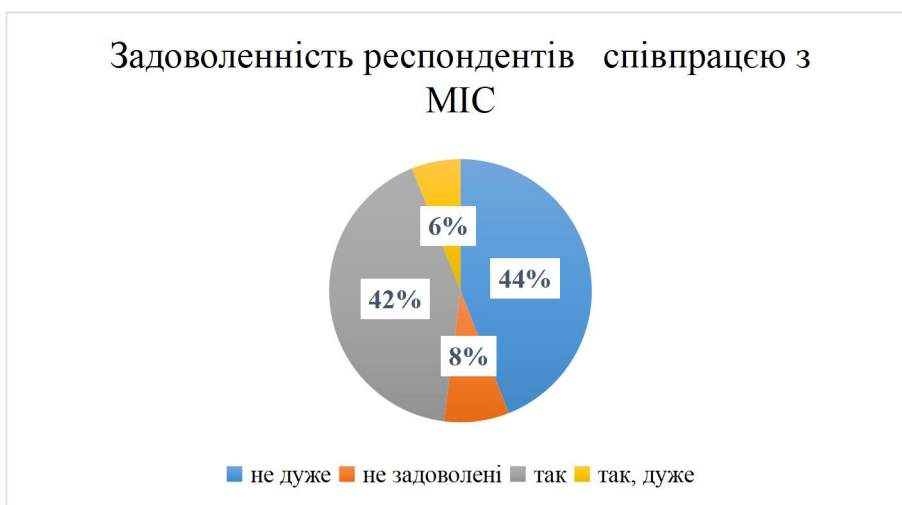


Рис.2.3.2. Задоволеність респондентів співпрацею з МІС.

Згідно даних вказаних в коментарях, більшість негативних відгуків пов'язані з тривалим очікуванням технічних доробок, обмеженим функціоналом, затримкою в отриманні зворотного зв'язку від служби техпідтримки. Кожний суб'єкт господарювання формує свій запит що до технічного удосконалення функціоналу МІС, чим призводить до підвищення навантаження на команду розробників. Вони не об'єднуються в робочі групи для створення технічного завдання, яке б задовольняло не одного надавача медичної допомоги, а більш поширене коло. Також ми бачимо, що не завжди один і той же функціонал доступний користувачам.

Після затвердження Наказу МОЗ України від 17.04.2023 № 716 "Про затвердження Примірного переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги" всі надавачі звернулися до своїх МІС, що до автоматизацій цих підрахунків. В ході вебінарів, консультацій з співробітниками МІС було з'ясовано, що технічного завдання на впровадження такого розрахунку від ДП «Електронне здоров'я» не надходило.

На жаль, це черговий раз відображає відсутність адекватних комунікацій між всіма зацікавленими особами. Не готовність функціоналу для автоматичного обчислення, відсутність навчання, збільшення паперової роботи викликає супротив впровадженню або відкладає цей процес на невизначений час.

Також негативний акцент від користувачів зміщується в бік МІС та НСЗУ, а не в сторону МОЗ, яке не прокомунікувало цю кампанію зі всіма зацікавленими сторонами. Попередній досвід впровадження індикаторів з вакцинації вказує на необхідність поетапного впровадження індикатора з адекватним навчанням, роз'ясненням щодо механізму розрахунку та заповнення електронних документів.

Відповіді респондентів щодо стану готовності МІС до автоматичного розрахунку індикаторів якості відображено на рис. 2.3.3.



Рис.2.3.3. Наявність в МІС функціоналу автоматичного розрахунку індикаторів якості за Наказом МОЗ № 716, %

Приблизно третина респондентів зазначила, що їх МІС не надає можливість автоматичного розрахунку індикаторів якості. Чи існують вже інструкції від МІС як це перевірити або що треба зробити, щоб прорахувати ці критерії? За даними опитування 29% респондентів навіть не перевіряли цю можливість. Які існують на це причини? Вони чекають роз'яснень або використовують інші критерії якості, або розраховують все на папірі? На жаль ми не включили таке питання, щоб визначити ці причини. Також респонденти надали різні відповіді про одну і ту ж МІС (різний об'єм автоматично обчислюємих індикаторів). На нашу думку це може бути пов'язано з тим, що МІС надає різний функціонал за абонентськими пакетами, або користувачі не уважно проаналізували це питання.

Висновки до розділу 2

1. Вимірювання показників універсального охоплення послугою ПМД дозволяє управлінцям оцінити доступність, проводити моніторинг ефективності послуг, планувати та розробляти політики та стратегії з покращення доступності та охоплення ПМД. Неповнота відображення даних на дашбордах НСЗУ в розділі показників універсального охоплення послугою ПМД знижує придатність цих панелей до аналізу управлінцями на різних рівнях.

2. Проведений аналіз стану впровадження критеріїв та індикаторів якості надання ПМГ демонструє, що медичні працівники первинної ланки мають різне уявлення про визначення та характеристику терміну якісна медична допомога. Практика використання індикаторів якості медичної допомоги, як інструменту контролю ще не розповсюджена у більшості надавачів ПМД. Для впровадження системи управління якістю працівникам бракує знань та експертної думки.

3. Проведений аналіз задоволеності користуванням МІС демонструє, що приблизно половина користувачів не дуже задоволені наявним функціоналом. Неготовність функціоналу МІС до автоматичного розрахунку рекомендованих індикаторів якості ПМД сповільнює їх впровадження в практику та викликає підвищення навантаження на лікаря.

РОЗДІЛ 3

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

3.1. Роль державних інституцій в посиленні системи управління якістю на національному та місцевому рівні

Міністерство охорони здоров'я та НСЗУ залишаються центральними органами влади, відповідальними за охорону здоров'я в Україні. Створення умов для ефективного та доступного медичного обслуговування населення є конституційним обов'язком держави, а збереження, охорона та зміцнення здоров'я та добробуту громадян є одним із ключових завдань і пріоритетів [16].

Деяки прогалини в законодавчій базі стосовно оцінки якості та навчанню управлінців охорони здоров'я висвітлені в роботах відчизняних авторів [36, 1]. Удосконалення законодавчої бази, розробка та реалізація національних політик в сфері якості медичної допомоги є одним з пріоритетних завдань влади [11].

Основні закони України та нормативно-правові акти, які регулюють питання якості надання, а також стосуються освіти та безпосередньої роботи діяльність лікаря ПМД наведено на рисунку 3.1 в додатку А [16-25, 38,42,43,48, 63,66,68,69].

В першу чергу звернуло увагу на себе питання БПР лікарів. За кошти державного бюджету частка витрат на БПР у розмірі 2000 грн станом на 2023 рік покривається тільки для лікарів, які працевлаштовані за основним місцем роботи у КНП [47,60]. Це ще раз підкреслює нерівні умови, які мають приватні заклади та лікарі ФОП, які співпрацюють з НСЗУ. Подібний

приклад ми маємо з комунальними платежами. Тобто вимоги до пакетів ці суб'єкти господарювання мають єдині, а умови різні.

Проаналізувавши основні накази, які спрямовані на регулювання питань якості медичних послуг на рівні ПМД помітно що залишаються на цей час нерегульованими питання з проведення незалежного аудиту якості медичної допомоги, не затверджена нова концепція управління якістю медичної допомоги [44, 73].

За останні роки українська система охорони здоров'я зазнала серйозних трансформаційних змін. Важливим етапом яких стало встановлення державної фінансової гарантії медичного обслуговування для населення згідно прийнятої ПМГ, автономізація медичних закладів, утворення НСЗУ, яка є єдиним замовником медичних послуг і лікарських засобів за ПМГ [25,67]. Щорічне розширення переліку пакетів за ПМГ, препаратів для реімбурсації охоплює все більше необхідних для населення медичних послуг. Важливим кроком до створення єдиного медичного простору було впровадження обов'язкового ведення електронних медичних записів всіма суб'єктами господарювання, які отримали ліценцію на лікарську практику не залежно від наявності договору з НСЗУ [65].

Моніторинг, аналіз, прогнозування потреб громадян України є також завданням НСЗУ та МОЗ, якість яких залежить від повноти внесення всіма надавачами медичних послуг даних в ЕСОЗ.

Фрагментована система управління якістю існувала ще й у довоєнні часи. Якість медичної допомоги має бути забезпечена на національному, регіональному та локальному рівнях та має бути вимірювальною категорією.

В вимогах та специфікації до надавачів первинної медичної допомоги було визначено декілька ознак якості медичної допомоги без її вимірювання. Наприклад, питання безпеки пацієнтів (мінімізація ризиків для пацієнта, звітування про несприятливі події, здійснення інфекційного контролю), результативність (дотримання принципів доказової медицини в

питаннях діагностики, лікування, профілактики), своєчасність (надання безперервної медичної допомоги, надання замінного лікаря для отримання своєчасної допомоги, використання скринінгових методик для раннього виявлення неінфекційних захворювань), економічна ефективність (визначено перелік послуг, який входить в пакет первинної медичної допомоги), людиноцентричність (надання медичної допомоги з урахування індивідуальних потреб, розширення послуг що до психічного здоров'я, надання індивідуальних рекомендацій що до піклування про власне здоров'я та здоров'я дітей).

Перші критерії якості (індикатори результату) було включено як додаткову оплату за результат в пакет ПМД. В 2023 році ми маємо критерії якості в договорах з НСЗУ, які охоплюють вакцинацію дітей до 6 років та вакцинацію від Covid-19.

Певне підвищення якості стимулювали нові інструменти фінансування ЗОЗ, покращення специфікацій контрактів з НСЗУ, але паралельно з цим не відбулося значних інституційних змін для модернізації медичної освіти, стандартів, настанов та медичних технологій [1]. Також не було фокусу на якості як головному результату. Пріоритетами були доступність надання медичної допомоги та розширення універсального покриття медичними послугами. Включення в специфікацій до договорів з НСЗУ пункту 12 щодо наявності внутрішньої системи управління і контролю якості та безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації і проведення відповідно до чинного законодавства із здійсненням безперервного моніторингу індикаторів оцінки та критеріїв доступності, якості, безпеки надання медичної допомоги за напрямом її надання, ефективного контролю та управління якістю надавачем надало поштовх к впровадженню системи управління якістю медичної допомоги на локальному рівні [51].

Безумовно, що якість медичного обслуговування переважно проявляється на рівні надавач -пацієнт, формується воно в рамках більш

широкій та складній системі охорони здоров'я [9]. Якість медичної допомоги визначається тим, як система охорони здоров'я функціонує в цілому.

Зараз в Україні відсутня Національна політика та стратегія з якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів. Її розробка є одним з оперативних завдань стратегії розвитку системи охорони здоров'я [61,71,74]. Формування цих документів вимагає великого людського, фінансового та часового ресурсу. Для розробки таких документів слід залучати широке коло зацікавлених сторін. Таким шляхом краще визначаються потреби різних користувачів та бенефіціарів, це сприяє покращенню сприйняття та залучає підтримку.

Визначення зон відповідальності кожного із стейкхолдерів якості та безпеки пацієнтів є також завданням на національному рівні. Дублювання повноважень або відсутність відповідального за деякі аспекти призводить до зниження ефективності управління процесом.

У медичних працівників бракує знань з питань управління якістю медичної допомоги. Питання якості медичної допомоги треба розглядати ще в закладах вищої освіти та коледжах, оновлювати та поглиблювати знання на етапах післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку. Доцільними було б розробити та впровадити навчальні заходи з питань якості на національному рівні. Наприклад таким навчанням займається Інститут покращення якості охорони здоров'я (Institute for Healthcare Improvement) надаючи підтримку у впровадженні іновацій, надає консультаційну допомогу, розвиває лідерські здібності в організаціях [92]. Професійні лікарські спілки мали б залучати викладачів закладів вищої освіти, представників центрів передового досвіду та кращих практик, міжнародних експертів. Бажано розширити пілотні проекти з питань якості медичної допомоги на інші області та надавачів медичної допомоги різних форм власності. В програми навчання врахувати особливості побудови системи управління та контролю якості для лікарів ФОП, особливо при

впровадженні монопрактики. Сприяти провадженню безперервної медичної освіти з питань якості і безпеки пацієнтів.

Потрібно зібрати всі навчальні посібники та нормативно-правові документи з питань якості надання медичної допомоги та безпеки пацієнтів на єдиному електронному ресурсі для покращення доступу для всіх користувачів.

Також важливо формувати інститут лідерства та наставництва в органах виконавчої влади. Оскільки без наявних лідерів розвиток втілення трансформацій, впровадження інновацій сповільнюється, знижується резильєнтність організації та системи в цілому.

Не має фахівців з цих питань у державних інституціях до яких надавачі медичної допомоги можуть звернутися для отримання експертної думки та консультації з побудови системи управління якістю. Тому одним з завдань яке треба вирішити на національному рівні це підготовка фахівців з питань управління системою якості медичної допомоги, експертів з клінічного та управлінського аудиту закладів охорони здоров'я.

Одним з важливих завдань для впровадження ненаказового аудиту є створення незалежної національної агенції забезпечення якості враховуючі досвід кращих практик з адаптацією для умов України. Цей крок передбачено в стратегії розвитку системи охорони здоров'я 2030 [71].

Відсутність чітких кроків з боку МОЗ та НСЗУ, не узгодженість між наказами МОЗ та вимогами НСЗУ, наявність точкових нормативних документів щодо управління якістю уповільнюють розвиток цього напрямку.

Одним з шляхів отримання підтримки та залучення медичної спільноти у процесі створення програм та політик з якості та їх впровадження на локальному рівні є узгоджена загальна національна комунікаційна кампанія.

Необхідно раціонально використати міжнародну допомогу та ресурси, які спрямовани на відбудову України, спрямувати її на модернізацію існуючої системи так, щоб вона могла надавати послуги ефективніше, щоб

досягнути цілі з надання універсального доступу до якісної медичної допомоги.

3.2. Перспективні можливості утворення груп рівних, як елементи покращення якості медичних послуг на рівні ПМД

Одним з пріоритетних завдань для впровадження елементів забезпечення якості в охороні здоров'я на рівні ЗОЗ є проведення внутрішнього аудиту, впровадження індикаторів якості надання ПМД.

В ході дослідження ми визначили, що основні перешкоди для впровадження елементів забезпечення якості та індикаторів є брак знань з цих питань. Отримати знання з цих питань для лікарів та керівників ПМД в рамках БПР є складним завданням. Не має опублікованого переліку освітніх програм в відкритому доступу. Потенційно це питання повинно зацікавити щонайменше одну особу від надавача ПМД.

За даними дашбордів НСЗУ у вкладці електронна карта місць надання ПМД наведено загальну кількість надавачів, лікарів, та місць надання ПМД. Також ми можемо отримати цю інформацію в залежності від форми власності надавача.

На цей час мережа ПМД представлена 2342 надавачами різної форми власності, медична допомога надається за 10460 місцями 25290 лікарями.

Середня кількість лікарів на 1 надавача ПМД -10,79: 2,2 лікаря на кожного ФОП, 3,6 лікарів на приватний заклад, 17,2 лікаря на комунальний заклад).

Ці регіони обрано, як найбільш активні в проходженні опитування. Середня кількість лікарів на 1 ФОП у Дніпропетровській області складає 2,5 лікарів, Львівській -2,2 лікаря, у Одеській -1,4 лікаря, у м. Київ -1,1 лікар.

Такий розподіл кількості лікарів на 1 ФОП демонструє, що для лікарів ФОП існують певні структурні обмеження для формування груп з якості для

впровадження системи управління якістю. Більшість лікарів ФОП -це монопрактики, не завжди в складі своєї команди мають медичну сестру, або реєстратора. Здійснення всіх функцій одноосібно може зміщувати пріоритети, обмежувати деякі функції контролю у зв'язку з браком ресурсів (людських та часових), а також зменшувати кількість інтегрованих послуг в свою діяльність.

На рис. 3.2.1 наведено розміщення лікарів ФОП Дніпропетровської, Львівської, Одеської області та м. Київ

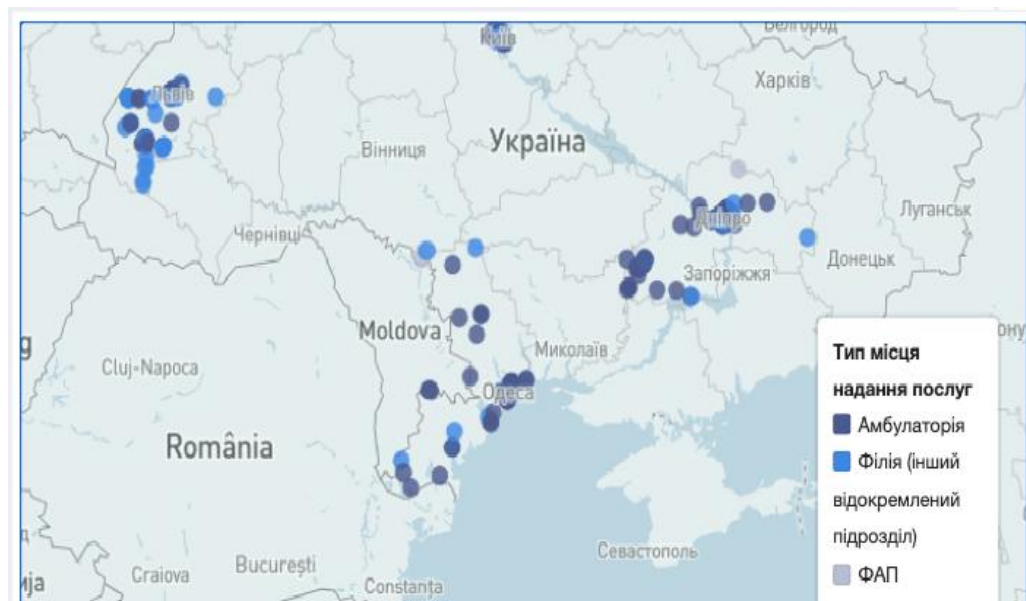


Рис. 3.2.1. Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги лікарями ФОП.

Такий розподіл кількості лікарів на 1 ФОП демонструє, що для лікарів ФОП існують певні структурні обмеження для формування груп з якості для впровадження системи управління якістю. Більшість лікарів ФОП -це монопрактики, не завжди в складі своєї команди мають медичну сестру, або реєстратора. Здійснення всіх функцій одноосібно може зміщувати пріоритети, обмежувати деякі функції контролю у зв'язку з браком ресурсів (людських та часових), а також зменшувати кількість інтегрованих послуг в свою діяльність.

Запровадження груп з якості у лікарів ФОП є обмеженим, оскільки умовою участі є представництво керівництва та учасників всіх підрозділів надання медичної послуги. Згідно рекомендаціям з побудови внутрішнього аудиту кількість учасників повинна бути не менше трьох.

Необхідність розуміти локальний контекст та попит громади на медичні послуги, відсутність єдиного інформаційного поля, схожість проблем, які виникають у професійній діяльності, спонукає лікарів приватної форми власності об'єднуватися в групи для обміну інформацією.

Розуміння пріоритетності забезпечення населення якісною медичною допомогою всіма надавачами ПМД, враховуючи високий попит на навчання та обмін досвідом з питань якості медичної допомоги, який ми виявили в рамках нашого дослідження, та пропозиції від респондентів ми пропонуємо розглянути БПР за допомогою ГР для отримання нових знань з управління якістю медичної допомоги.

За підтримки Україно-Швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти» запроваджено ГР для лікарів, медсестер та медичних освітян, які функціонують в різних областях України. Цей формат БПР стає все більш популярним та корисним. В кожній області є відповідальна особа-фасілітатор, до якою можна звернутися, щоб стати членом ГР. Тобто ці групи відкриті та доступні для всіх лікарів [77].

Цей формат надає можливість систематично зустрічатися з однорідною групою колег, які розуміють, що означає працювати лікарем (медичною сестрою/братом, управлінцем ОЗ), аби, використовуючи структуровані підходи до проведення таких зустрічей, розібрати складні випадки лікування (управління закладом), здобути сучасні знання, засновані на доказовій медицині, побудувати професійні зв'язки з колегами з метою безперервного поліпшення якості медичної допомоги. Назараз участь у ГР не надає учасникам балів БПР, але це не зменшує зацікавленість медичних працівників у членстві в них.

Мета цих груп це постійне покращення якості медичної допомоги, що цілком співпадає з пріоритетами всіх зацікавлених осіб в цьому. Умовами для формування ГР є: кількість 7-12 осіб рівних за посадою, члени групи використовують різні ролі (фасілітатор, доповідач, члени групи). Це цілком відповідає своєрідній групі якості, але вона представлена тільки представниками одної посади.

Переваги, які надає такий формат перелічені нижче:

- 1) проблеморієнтовність та практичність: обговорюються реальні проблеми з якими стикаються постійно в щоденній практиці.
- 2) рівноправність учасників, це сприяє відкритості, конструктивному обговоренню, не має осудження.
- 3) можливість обмінюватися досвідом, ідеями
- 4) заохочують самостійне навчання: учасники готуються до зустрічі
- 5) групою можна досягти більшого, ніж самостійно
- 6) учасником групи рівних може бути не тільки працівник одного закладу
- 7) географічна близькість

Наведемо декілька складних аспектів в роботі ГР:

- 1) висвітлення застарілої інформації
- 2) авторитарність одного із учасників
- 3) брак часу для ретельної підготовки зустрічі
- 4) обрана тема, яку не можна вирішити за допомогою ГР

В якості доповідача можна запрошувати зовнішнього експерта з питань якості медичної допомоги, представника кращих практик ПМД.

Регулярність проведення зустрічей дозволяє постійно працювати над обраними напрямками. В ході зустрічей ГР з питань якості медичної допомоги можна зібрати Зелену книгу проблем та скласти Білу книгу рішень, яка допоможе вирішити визначені проблеми у найкращій спосіб.

БПР лікарів у рамках ГР є низько затратною інвестицією у отримання компетенцій з управління якістю надання ПМД. Обмін інформацією та вивчення досвіду кращих практик сформуєть підґрунтя для впровадження контролю якості надання ПМД. Проведення законодавчих змін для включення ГР до переліку БПР з наданням балів надаст офіційного статусу цьому формату навчання, дозволить контролювати контент та залучить ще більше учасників та провайдерів.

Висновки до розділу 3

1. МОЗ та НСЗУ відіграють ключову роль в формуванні національної політики та стратегії посилення системи управління якістю медичної допомоги. Визначення зон відповідальності кожного із стейкхолдерів якості та безпеки пацієнтів є одним з завдань на національному рівні.

2. Удосконалення нормативно-правової бази, створення незалежної національної агенції забезпечення та контролю якості с урахуванням досвіду кращих практик створить умови для прозорого висвітлення результатів діяльності медичних практик.

3. Впровадження БПР лікарів з питань забезпечення якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів, використання індикаторів якості надання ПМД за допомогою ГР дозволить подалати дефіцит освіти в короткостроковій перспективі, що відповідає сучасним тенденціям освіти.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз наукових джерел та нормативно-правової бази демонструє, що проблема якості надання послуг в сфері охорони здоров'я стоїть на порядку денному не тільки в Україні, а й в цілому ряді країн світу. Якість це багатовимірне, складне поняття. Кожна країна враховує свій локальний контекст для визначення поняття якості медичної допомоги.

2. Якість медичної допомоги населенню дозволяє оцінити ступінь дотримання заявлених державою (надавачем медичних послуг) гарантії відповідно до встановлених критеріїв і індикаторів якості. Для управління якістю надання медичної допомоги потрібно закласти відповідні інструменти – критерії та індикатори якості, здійснювати їх моніторинг з подальшою оцінкою та проведенням коригуючих заходів.

3. Вимірювання показників універсального охоплення послугою ПМД дозволяє управлінцям оцінити доступність, проводити моніторинг ефективності послуг, планувати та розробляти політики та стратегії з покращення доступності та охоплення ПМД. Неповнота відображення даних на дашбордах НСЗУ в розділі показників універсального охоплення послугою ПМД знижує придатність цих панелей до аналізу управлінцями на різних рівнях.

4. Проведений аналіз стану впровадження критеріїв та індикаторів якості надання ПМГ демонструє, що медичні працівники первинної ланки мають різне уявлення про визначення та характеристику терміну якісна медична допомога. Практика використання індикаторів якості медичної допомоги, як інструменту контролю ще не розповсюджена у більшості надавачів ПМД. Для впровадження системи управління якістю працівникам бракує знань та експертної думки.

5. Проведений аналіз задоволеності користуванням МІС демонструє, що приблизно половина користувачів не дуже задоволені наявним функціоналом. Неготовність функціоналу МІС до автоматичного розрахунку

рекомендованих індикаторів якості ПМД сповільнює їх впровадження в практику та викликає підвищення навантаження на лікаря.

6. МОЗ та НСЗУ відіграють ключову роль в формуванні національної політики та стратегії посилення системи управління якістю медичної допомоги. Удосконалення нормативно-правової бази, створення незалежної національної агенції забезпечення та контролю якості з урахуванням досвіду кращих практик створить умови для прозорого висвітлення результатів діяльності медичних практик.

7. Впровадження БПР лікарів з питань забезпечення якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів, використання індикаторів якості надання ПМД за допомогою ГР дозволить подолати дефіцит освіти в короткостроковій перспективі, що відповідає сучасним тенденціям освіти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Банчук М. В. Проблеми вдосконалення державного управління освітою керівників галузі охорони здоров'я України. [Електронний документ] – Режим доступу http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2010_3/files/DU310_02.pdf.
2. Біла В., Нікітіна Ю., Сазаненко Л. Сертифікація ISO: як розробити Настанову з якості // Управління закладом охорони здоров'я. – 2017. – № 4. – С.12-38.
3. Богомаз В.М., Горох Є.Л., Ліщишина О.М., Росс Г., Новічкова О.М., Степаненко А.В. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я // Український медичний часопис. – 2010. – № 1(75) I – II. – С. 7-13.
4. Віленський А.Б. Сучасний стан та перспективи розвитку державного регулювання акредитації закладів охорони здоров'я в Україні. Інвестиції: практика та досвід. – 2018. – № 6. – С.61-65.
5. Відбудова України: принципи та політика. За ред. Ю.Городніченка, І.Сологуб, Б.Ведер, ді Мауро [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: https://cepr.org/system/files/202212/reconstruction%20book_Ukrainian_0.pdf
6. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г., Децик О.З., Зіменковський А.Б. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Методичні рекомендації. Київ. – 2014. – 30 с.
7. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015: навчальний посібник / В. В. Касянчук, О. М. Бергілевич, О. І. Сміянова ; за ред. проф.В.А.Сміянова. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 246 с.
8. Вуори Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.

9. Голованова І. Поняття якості медичної допомоги, оцінювання якості, критерії якості // Управління закладом охорони здоров'я. – 2014. – № 1. – С. 40-44
10. 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.
11. 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_dpozou.pdf.
12. Департамент розвитку електронної системи охорони здоров'я. Технічні вимоги до електронної медичної інформаційної системи для її підключення до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я. України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://ehealth.gov.ua/wp-content/uploads/2022/07/Tehnichni-vymogy-v-redaktsii-nakazu-NSZU-314-vid-19.07.2022.pdf> 6
13. Державний експертний центр МОЗ України. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://www.dec.gov.ua>
14. Дячук Д.Д., Ліщишина О.М., Зюков О.Л., Гандзюк В.А. Індикатори якості в системах охорони здоров'я: в фокусі національних ресурсів результати, процеси та продуктивність// Клінічна та профілактична медицина. – 2022. – № 1(19). – С. 90-101
15. Електронна система охорони здоров'я в Україні. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard> 2
16. Конституція України. Документ 254к/96-ВР, чинний, поточна редакція від 01.01.2020.
17. Закон України від 21.03.1991 № 875-ХІІ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»

18. Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
19. Закон України від 24.02.1994 № 4004-ХІІ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»
20. Закон України від 06.04.2000 № 1645-ІІІ «Про захист населення від інфекційних хвороб»
21. Закон України від 22.02.2000 № 1489-ІІІ «Про психіатричну допомогу»
22. Закон України від 26.04.2001 № 2402-ІІІ «Про охорону дитинства»
23. Закон України від 06.10.2005 № 2961-ІV «Про реабілітацію осіб з інвалідністю»
24. Закон України від 06.10.2005 № 2961-ІV «Про стандарти акредитації закладів охорони здоров'я»
25. Закон України від 14.11.2017 № 2206-VІІІ «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»
26. Закон України від 19.10.2017 № 2168-VІІІ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»
27. Зовнішня оцінка якості в медичному закладі. Рекомендації. – 63 с.
28. Інститут покращення охорони здоров'я США [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.ihl.org/?fbclid=IwAR10b4zAwPvZ6T9Hc8ELcbOOTNifJjNflQaZBV43xHOdlJFvCUjh708IBhI>
29. Короленко В. Організація контролю якості медичної допомоги в Україні // Практика управління медичним закладом. – 2016. – № 12 – С. 58–66
30. Короленко В. Використання клінічних індикаторів якості медичної допомоги // Практика управління медичним закладом. – 2017. – № 3 – С. 60–70.

31. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021.
32. Кращі практики управління медичним закладом. Посібник на основі матеріалів онлайн-курсу. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021.
33. Ліщишина О.М., Горох Є.Л. Вимірювання якості медичної допомоги: проблеми імплементації кращої світової практики в Україні // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №2. – С.121-128
34. Ліщишина О.М., Степаненко А.В., Горох Є.Л. Етапи розробки індикаторів якості медичної допомоги // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №. – С.85-91
35. Ліщишина О.М., Горох Є.Л. Методологічні питання розробки індикаторів якості медичної допомоги // Медичні перспективи –2010. – Т. XV №1. – С. 66–68
36. Лобортас О.М. Роль органів влади у удосконаленні системи управління якістю медичних послуг в системі охорони здоров'я <https://er.ucu.edu.ua/handle/1/3221>
37. Наказ МОЗ України від 17.04.2023 № 716 "Про затвердження Примірного переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги".
38. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги»
39. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14.03.2011 № 142 «Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я»
40. 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.

41. 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».

42. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»

43. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»

44. Наказ МОЗ України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування»

45. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»

46. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»

47. Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 «Деякі питання безперервного розвитку лікарів» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>

48. Наказ МОЗ України від 28.02.2020 року № 587 «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 березня 2020 р. за № 236/34519 7

49. Національна служба здоров'я. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data>

50. 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

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

52. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (методичні рекомендації) // Главный врач. – 2014. – № 3. С. 11–35.

53. Підключені до ЦБД Медичні Інформаційні Системи. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://ehealth.gov.ua/pidklyucheni-do-ehealth-mis/> 5

54. Полушкін П.М., Бачинський П.П. Посібник до вивчення курсу «Історія медицини» [Електронний текст] / П. М. Полушкін. – Д.: ДНУ, 2016. – 242 с.

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

56. 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

57. Портал індикаторів якості медичної допомоги Організації економічної співпраці та розвитку [Електронний документ]. – Режим доступу <https://www.oecd.org/health/paris/>

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

59. Постанова Кабінету міністрів України від 18 березня 2022 р. № 314 «Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану».

60. Постанова КМУ від 10.03.2023 №216 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров'я на 2023 рік» [Електронний документ]. – Режим доступу: <https://www.rada.gov.ua>

61. Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

62. 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>.

63. 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>.

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

65. 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>.

66. 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>.

67. 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>.

68. 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>.

69. Про звернення 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>.

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

71. Проект Кабінету міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2023 році». 2023 р. 21 с.

72. Проект плану відновлення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/recoveryrada/ua/health-care.pdf>

73. Пропозиції та зауваження НААУ до проекту наказу «Про порядок контролю та клініко-експертну оцінку якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: https://unba.org.ua/assets/uploads/publications/%D0%92%D0%B8%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BA_%D0%9A%D0%95%D0%9A.docx-2-9.pdf

74. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров’я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.moz.gov.ua>

75. Слабкий Г., Качала Л. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я // Управління закладом охорони здоров'я. – 2016. – № 3. – С. 48–62
76. Управління якістю в охороні здоров'я. Матеріали онлайн курсу [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://prometheus.org.ua/prometheus-plus/quality-management-oz>
77. Україно-Швейцарський проект «Розвиток медичної освіти». Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://mededu.org.ua/groups/>
78. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV
79. Худушина О. Контроль якості надання медичної допомоги у запитаннях і відповідях // Управління закладом охорони здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 15–19.
80. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги. Посібник/ Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020.
81. Agency for Healthcare Research and Quality. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://www.ahrq.gov/>
82. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people (2020). [Електронний ресурс.] Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529>
83. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage (2019). [Електронний ресурс.] Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>
84. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
85. Donabedian A. Criteria, Norms and Standards of Quality: what do they mean? // Amer. J. Publ. Health. – 1981. – Vol. 200. – P. 409 – 412.
86. Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means// Inquiry. –1985. – Vol. 22 (3). – P. 173-192.

87. Hew Davies. Measuring and reporting the quality of health care : issues and evidence from the international research literature (2005)/. [Електронний ресурс.] Режим доступу: [https://www.semanticscholar.org/paper/Measuring-and-reporting-the-quality-of-health-care-](https://www.semanticscholar.org/paper/Measuring-and-reporting-the-quality-of-health-care-Davies/83da02784680d8e39e3cab2d76a8c237c4afe31c)

[Davies/83da02784680d8e39e3cab2d76a8c237c4afe31c](https://www.semanticscholar.org/paper/Measuring-and-reporting-the-quality-of-health-care-Davies/83da02784680d8e39e3cab2d76a8c237c4afe31c)

88. Elliott S Fisher, David E Wennberg, Thérèse A Stukel, Daniel J Gottlieb, F L Lucas, Etoile L Pinder. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12585825/> (2003). [Електронний ресурс.] Режим доступу:

89. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care, (2018). [Електронний ресурс.] Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561>

90. Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies (2019). [Електронний ресурс.] Режим доступу: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327356>

91. International Network of Agencies for Health Technology Assessment. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://www.ahrq.gov/> <https://www.inahta.org/>

92. Institute for healthcare improvement/ [Електронний ресурс.] Режим доступу: <https://www.ihl.org/about/pages/ihivisionandvalues.aspx>

93. Joint Commission International Accreditation Standards for Primary Care, 2018 [Електронний ресурс.] Режим доступу: <https://store.jointcommissioninternational.org/joint-commission-international-accreditation-standards-for-primary-care-2nd-edition/>

94. Jurgutis A., Vainiomäki P., Stašys R. Primary health care quality indicators for a more sustainable health care system in Lithuania //Management

theory and research for rural business and infrastructure development. 2011. – Vol. 2 (26). – P. 76-86.

95. Maxwell R.J. Dimensions of Quality of revisited: from thought to action. // Quality in health care: QHC – 1992. – Vol. 1(3). – P. 171-7.

96. Michael L. G. Lean Six Sigma: Combining Six Sigma Quality with Lean Production Speed. McGraw Hill; 1st edition, 2002.

97. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance (2020). [Електронний ресурс.] Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>

98. The Clinical and Health Outcomes Knowledge Base. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.nchod.nhs.uk/>

99. The future of primary care Creating teams for tomorrow Report by the Primary Care Workforce Commission. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.hee.nhs.uk>

100. Quality indicators for general practice: A practical guide for health professionals and managers. Edited by Martin Marshall, Stephen Campbell, Jeenny Hacker and Martin Roland (2002). [Електронний ресурс.] Режим доступу: <http://www.gpcontract.co.uk>

101. National Institute for Health and Care Excellence. Офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <https://www.nice.org.uk/>

102. Stahnisch F. W., Verhoef M. The Flexner Report of 1910 and Its Impact on Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry in North America in the 20th Century// Evid Based Complement Alternat Med. –2012. P. 647896.

103. Wright J. R. The American College of Surgeons, Minimum Standards for Hospitals, and the Provision of High-Quality Laboratory Services // Arch Pathol Lab Med. – 2017. – Vol. 141 (5) – P. 704–71

**ДОДАТКИ
ДОДАТОК А**

Таблиця А.1

**ПЕРЕЛІК ОСНОВНИХ ЗАКОНІВ УКРАЇНИ ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ,
ЩО РЕГУЛЮЮТЬ ЯКІСТЬ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗА КРИТЕРІЯМИ**

№ з/п	Закони, нормативно-правові акти, стандарти, проекти наказів	Компоненти якості медичної допомоги на які спрямовано законодавство						Коментар
		Своєчасність	Результативність	Ефективність	Безпечність	Доступність	Справедливість	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Конституція України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР			+/-	+	+	+	<p><i>Стаття 49.</i> Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.</p> <p>Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.</p> <p>Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.</p> <p>У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена (призводить до неефективного використання ресурсу, погано впливає на якість -авторське тлумачення)</p> <p>Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								<p>Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.</p> <p>Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.</p>
2	Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	+	+	+	+	+	+	<p><i>Стаття 16.</i> Заклади охорони здоров'я</p> <p>Мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я формується з урахуванням планів розвитку госпітальних округів, потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян, ефективного використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.</p> <p>З метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню визначається госпітальний округ.</p> <p><i>Стаття 33.</i> Забезпечення надання медичної допомоги</p> <p>Медична допомога може надаватися:</p> <ul style="list-style-type: none"> за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта; в амбулаторних умовах; в умовах денного стаціонару; у стаціонарних умовах.

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	+	+	+	-	+	+	<p><i>Стаття 3. Основні принципи розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості</i></p> <p>1. Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сферах охорони здоров'я та регіонального розвитку, що здійснюються на таких принципах:</p> <p>1) ефективності підтримки розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості;</p> <p>2) забезпечення участі органів місцевого самоврядування, громадських об'єднань, наукових установ у формуванні та реалізації державної політики в зазначених сферах;</p> <p>3) створення рівних можливостей для доступу територіальних громад до підтримки, передбаченої загальнодержавними, регіональними та місцевими програмами розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості;</p> <p>4) ефективності використання бюджетних коштів, передбачених для виконання зазначених програм;</p> <p>5) відкритості та прозорості надання державної підтримки.</p> <p>2. Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості забезпечується шляхом здійснення заходів з розроблення, затвердження, фінансування, виконання державних цільових програм, спрямованих на охорону, поліпшення, збереження та відновлення здоров'я населення, надання субвенцій з Державного бюджету України місцевим бюджетам для розвитку охорони здоров'я у сільській місцевості, а також належного контролю за цільовим та ефективним використанням коштів, спрямованих на виконання зазначених заходів.</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV					+		<p><i>Стаття 284.</i> Право на медичну допомогу</p> <ul style="list-style-type: none"> -Фізична особа має право на надання їй медичної допомоги. -Фізична особа, яка досягла чотирнадцяти років і яка звернулася за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. -Надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, провадиться за її згодою. -Повнолітня дієздатна фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, має право відмовитися від лікування. -У невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю фізичної особи, медична допомога надається без згоди фізичної особи або її батьків (усиновлювачів), опікуна, піклувальника. -Надання фізичній особі психіатричної допомоги здійснюється відповідно до закону
3	Закон України від 06.04.2000 № 1645-III «Про захист населення від інфекційних хвороб»	+		+	+	+		<p><i>Стаття 24.</i> Надання медичної допомоги хворим на соціально небезпечні інфекційні хвороби</p> <p>Особи, які хворіють на соціально небезпечні інфекційні хвороби, підлягають своєчасному та якісному лікуванню, періодичним обстеженням і медичному нагляду.</p> <p><i>Стаття 10.</i> Основні принципи профілактики інфекційних хвороб</p> <p>Основними принципами профілактики інфекційних хвороб є: визнання захисту населення від інфекційних хвороб одним із пріоритетних напрямів діяльності органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування;</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								<p>-дотримання підприємствами, установами, організаціями незалежно від форм власності та громадянами санітарно-гігієнічних та санітарно-протиепідемічних правил і норм при здійсненні будь-яких видів діяльності;</p> <p>-комплексність проведення профілактичних, протиепідемічних, соціальних і освітніх заходів, обов'язковість їх фінансування;</p> <p>-безоплатність надання медичної допомоги особам, хворим на інфекційні хвороби, у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та в державних наукових установах;</p> <p>-соціальний захист осіб, які хворіють на інфекційні хвороби чи є бактеріоносіями;</p> <p>-державна підтримка відповідних наукових розробок і вітчизняних виробників медичних імунобіологічних препаратів, лікарських і дезінфекційних засобів та виробів медичного призначення, що застосовуються для профілактики, діагностики та лікування інфекційних хвороб.</p> <p><i>Стаття 22.</i> Заходи щодо осіб, хворих на інфекційні хвороби, контактних осіб та бактеріоносіїв</p> <p>Особи, хворі на інфекційні хвороби, контактні особи та бактеріоносії, які створюють підвищену небезпеку зараження оточуючих, підлягають своєчасному та якісному лікуванню, медичному нагляду та обстеженням. Особи, які хворіють на особливо небезпечні та небезпечні інфекційні хвороби, є носіями збудників цих хвороб або перебували в контакті з такими хворими чи бактеріоносіями, а також хворі на інші інфекційні хвороби у разі, якщо вони створюють реальну небезпеку зараження оточуючих, підлягають лікуванню,</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
2								медичному нагляду та обстеженням у стаціонарах відповідних закладів охорони здоров'я чи наукових установ.
4	Закон України від 22.02.2000 № 1489-III «Про психіатричну допомогу»	+	+	+		+		<p><i>Стаття 4.</i> Принципи надання психіатричної допомоги</p> <p>Психіатрична допомога надається на основі принципів законності, гуманності, додержання прав людини і громадянина, добровільності, доступності та відповідно до сучасного рівня наукових знань, необхідності й достатності заходів лікування, медичної, психологічної та соціальної реабілітації, надання освітніх, соціальних послуг.</p>
5	Закон України від 21.03.1991 № 875-XII «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні»					+		<p>Стаття 4. Діяльність держави щодо осіб з інвалідністю виявляється у створенні правових, економічних, політичних, соціальних, психологічних та інших умов для забезпечення їхніх прав і можливостей нарівні з іншими громадянами для участі в суспільному житті та полягає у:</p> <p>виявленні, усуненні перепон і бар'єрів, що перешкоджають забезпеченню прав і задоволенню потреб, у тому числі стосовно доступу до об'єктів громадського та цивільного призначення, благоустрою, транспортної інфраструктури, дорожнього сервісу (далі - об'єкти фізичного оточення), транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів - до освіти, праці, культури, фізичної культури і спорту;</p> <p>охороні здоров'я;</p> <p>соціальному захисті;</p> <p>забезпеченні виконання індивідуальної програми реабілітації осіб з інвалідністю;</p> <p>наданні пристосованого житла;</p> <p>сприянні громадській діяльності.</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	Закон України від 26.04.2001 № 2402-III «Про охорону дитинства»					+		<p>забезпечення належних умов для гарантування безпеки, охорони здоров'я, навчання, виховання, фізичного, психічного, соціального, духовного та інтелектуального розвитку дітей, їх соціально-психологічної адаптації та активної життєдіяльності, зростання в сімейному оточенні в атмосфері миру, гідності, взаємоповаги, свободи та рівності;</p> <p>проведення державної політики, спрямованої на реалізацію цільових програм з охорони дитинства, підтримки виробництва дитячого харчування, у тому числі первинного виробництва, надання дітям пільг, переваг та соціальних гарантій у процесі виховання, навчання, підготовки до трудової діяльності, заохочення наукових досліджень з актуальних проблем дитинства;</p> <p>встановлення відповідальності юридичних і фізичних осіб (посадових осіб і громадян) за порушення прав і законних інтересів дитини, заподіяння їй шкоди;</p> <p>створення умов для забезпечення наявності на ринку в достатній кількості дитячого харчування, що відповідає вимогам законодавства про безпечність та окремі показники якості харчових продуктів, у тому числі шляхом запровадження пільгового кредитування та/або оподаткування операторів ринку харчових продуктів, митного та/або тарифного регулювання.</p>
7	Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV «Про реабілітацію осіб з інвалідністю»	+				+	+	<p>Стаття 5. Реалізація державної політики у сфері реабілітації осіб з інвалідністю</p> <p>Державна політика України у сфері реабілітації осіб з інвалідністю:</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								забезпечує координованість системи реабілітації, що реалізується через своєчасність, безперервність та комплексність відновлювальних заходів і методик, а також доступність допоміжних засобів реабілітації і медичних виробів, реабілітаційних послуг, відповідність їх змісту, рівня та обсягу фізичним, розумовим, психічним можливостям і стану здоров'я особи з інвалідністю, дитини з інвалідністю;
8	Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»							<p>Стаття 6. Права та обов'язки пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій</p> <p>1. Пацієнти мають право на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - отримання необхідних їм медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг; - можливість вибору лікаря та фахівця з реабілітації у порядку, встановленому законодавством; - інші права, передбачені законодавством. <p>Стаття 12. Контроль за дотриманням законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення</p> <ul style="list-style-type: none"> - Контроль за дотриманням законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення здійснюють центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції відповідно до закону. - Контроль якості надання медичних послуг надавачами медичних послуг і систематичне проведення аналізу результатів та ефективності медичних послуг і лікарських засобів здійснює

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								<p>центральный орган виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.</p> <p>"оцінка медичних технологій - експертиза медичних технологій щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян у зв'язку з їх застосуванням";</p>
9	Закон України від 24.02.1994 № 4004-ХІІ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»					+		<p>Стаття 28. Госпіталізація та лікування інфекційних хворих і носіїв збудників інфекційних хвороб</p> <p>Особи, які хворіють особливо небезпечними та небезпечними інфекційними хворобами або є носіями збудників цих хвороб, відсторонюються від роботи та іншої діяльності, якщо вона може призвести до поширення цих хвороб. Вони підлягають медичному нагляду і лікуванню за рахунок держави з виплатою допомоги з коштів соціального страхування в порядку, що встановлюється законодавством. Такі особи визнаються тимчасово чи постійно непридатними за станом здоров'я до професійної або іншої діяльності, внаслідок якої може створюватися підвищена небезпека для оточуючих у зв'язку з особливостями виробництва або виконуваної роботи.</p>
10	Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги»					+		<p>1.1. Інвалідність, що вперше встановлена (збирається за даними форми N14, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 N 378 (z1009-07), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за N 1009/14276).</p> <p>1.5. Повнота охоплення профілактичними щепленнями (окремо дифтерія, гепатит В, краснуха) (збирається за даними</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								<p>форми первинної облікової документації N 063/о (заб88-06), затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.01.2006 N 1 (з0686-06), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 08.06.2006 за N 686/12560).</p> <p>1.6. Повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями (збирається за даними форми N12, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10.07.2007 N 378 (з1009-07), зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 03.09.2007 за N 1009/14276).</p>
11	Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»		+		+	+		<p>4. Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу.</p> <p>7. Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється за такими складовими: структура, процес та результати медичної допомоги; організація надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень; відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників закладів охорони здоров'я; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги; забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги.</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								8. Контроль якості наданої медичної допомоги проводиться у випадках смерті пацієнтів, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання закладами охорони здоров'я стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів та/або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.
12	Наказ МОЗ України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування»			+	+			2. КЕК МОЗ проводить клініко-експертну оцінку якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування, а саме оцінює: структуру, процеси та результати медичної допомоги та медичного обслуговування; якість надання медичної допомоги та медичного обслуговування; дотримання Основ законодавства України про охорону здоров'я; відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників ЗОЗ; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги та медичного обслуговування; забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги та медичного обслуговування.
13	Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору					+	+	1. Пацієнт (його законний представник) обирає лікаря, який надає ПМД, незалежно від місця проживання/перебування такого пацієнта.

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	лікаря який надає первинну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»							Пацієнт (його законний представник) має право звернутися до НСЗУ, в тому числі її територіальних органів, за роз'ясненнями стосовно надавачів первинної медичної допомоги для забезпечення можливості реалізувати своє право на вибір лікаря, який надає ПМД
14	Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»		+		+	+	+	<p>3.4. Розробка стандарту медичної допомоги</p> <p>3.4.1. Загальні вимоги</p> <p>Дотримання стандартів медичної допомоги ЗОЗ є гарантією того, що клінічні настанови і механізми управління ризиками запроваджені і підтримують надання безпечної, ефективної, орієнтованої на пацієнта медичної допомоги. Стандарти медичної допомоги є основою акредитації ЗОЗ та адміністративного контролю, оскільки містять критерії якості та індикатори якості медичної допомоги.</p> <p>доказова медицина - добросовісне, точне і свідоме використання кращих результатів клінічних досліджень для вибору лікування конкретного пацієнта;</p>
15	Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»	+	+	+	+	+	+	<p>5. Організація та надання послуг з ПМД ґрунтується на принципах:</p> <p>доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання;</p> <p>безпечності, що полягає у наданні послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
16	Наказ МОЗ України від 17.04.2023 № 716 "Про затвердження Примірного переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги"	+				+		
17	Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування» (Форма первинної облікової документації № 003-6/о "Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та згнблення					+		

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
18	Наказ МОЗ України від 20.07.2011 № 427 «Про затвердження Єдиного термінологічного Словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги						+	
19	Наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги»	+		+		+		
20	Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року»	+	+	+	+	+	+	Невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості є клінічний аудит. Клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. Складові структури, процесу та результату медичної допомоги відбираються та систематично оцінюються. Необхідні зміни впроваджуються на

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								<p>індивідуальному, командному або інституційному рівні надання медичної допомоги.</p> <p>Цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості.</p> <p>Для України в контексті удосконалення управління якістю медичної допомоги пріоритетними є вимоги, визначені стратегією ВООЗ та ЄС, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> - доступність - безпечність; - ефективність; - орієнтованість на пацієнта; - вчасність; - раціональність; - справедливість
21	Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»	+		+		+	+	<p>13. Ліцензіат зобов'язаний:</p> <p>15) надавати якісну та своєчасну медичну допомогу та медичні послуги пацієнтам;</p> <p>16) безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;</p>

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
22	Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2022 р. № 1464 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році»					+		
23	Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я»	+				+	+	1. Акредитація закладу охорони здоров'я (далі - акредитація) - це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам.
24	Розпорядження Кабінету Міністрів України від 02 травня 2023 р. № 402-р «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2023 році»	+	+	+	+	+	+	Створення умов для ефективних і доступних медичних послуг та медичного обслуговування населення є конституційним обов'язком держави, а збереження, охорона та зміцнення здоров'я та благополуччя громадян – одним із ключових завдань та пріоритетів. Завданнями з реалізації цієї оперативної цілі Стратегії є: створити та забезпечити реалізацію механізму проведення точкового, рандомізованого контролю доступності та якості надання медичних послуг. впровадити та забезпечити застосування елементів клінічного управління та внутрішньої оцінки якості послуг в закладах охорони здоров'я;

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								<p>розробити модель фінансування та закупівель інтегрованих послуг, які потребують координації медичних та соціальних служб, зокрема послуг з довгострокового догляду, захисту дітей та підтримки психічного здоров'я.</p> <p>забезпечити розвиток послуг з психічного здоров'я, які наближені до людини та громад, а також сплановані з урахуванням потреб громади, зокрема під час війни та періоду відновлення;</p> <p>забезпечити доступ пацієнта до управління власними медичними даними, а також інформацією про доступні та надані послуги.</p> <p>Індикаторами реалізації Стратегії стане покращення загальних показників смертності та захворюваності та приведення їх до середньоєвропейських, в тому числі зниження материнської та дитячої смертності, зниження рівня інвалідності (первинної, вторинної) через захворювання, які можна запобігти, зниження споживання тютюну, алкоголю та солі тощо.</p> <p>Проблеми психічного здоров'я, в тому числі депресивні стани, оцінювались як прихований виклик ще до початку повномасштабного вторгнення, а на сьогодні набувають першочергового пріоритету та будуть потребувати значних ресурсів.</p>
25	Рекомендація №R (97) 17 Комітету міністрів державам-членам З розробки та впровадження Систем удосконалення			+		+	+	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	якості (СУЯ) в охороні здоров'я							
26	НАЦІОНАЛЬНИЙ СТАНДАРТ УКРАЇНИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ EN ISO 9001:2015 У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДСТУ EN 15224:2019	+	+	+	+	+	+	Цим стандартом визначені такі одинадцять основних критеріїв якості: — відповідний, правильний догляд (appropriate, correct care); — придатність (availability); — неперервність допомоги (continuity of care); — ефективність (effectiveness); — результативність (efficiency); — неупередженість (equity); — докази/знання на основі догляду (evidence/knowledge based care); — орієнтованість на пацієнта, враховуючи фізичну, психологічну та соціальну цілісність (patient centred care including physical, psychological and social integrity (ICF); — залучення пацієнта (patient involvement); — безпека пацієнта (patient safety); — своєчасність/доступність (timeliness/accessibility)
27	Проект Плану відновлення України	+	+	+	+	+	+	
28	Проект Наказу МОЗ України «Про порядок контролю та клініко-експертну оцінку якості надання			+				Повернут на доопрацювання у зв'язку з знайденими правовими колізіями, процедура КЕК як внутрішній аудит неможлива у лікаря ФОП

Продовження таблиці А.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
	медичної допомоги та медичного обслуговування»							
29	Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 "Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів"	+	+	+	+	+	+	Безпосередньо впливає на отримання компетенцій лікарями для надання якісних послуг, але обмежує права лікарів приватних закладів та лікарів ФОП на часткове покриття заходів БПР за рахунок держави.

Сформовано автор за джерелами [16-26, 36,37, 40-46,48, 60, 63,64-70,73,74]

ДОДАТОК Б

Анкета «Особливості системи управління якістю медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги»

1. Ваш вік:

-до 30 років

-31-40 років

-41-50 років

51-60 років

-понад 61 рік

2. Вкажіть Ваш лікарський стаж роботи з дня закінчення інтернатури:

1-5

6-10

11-15

16-20

21-25

Понад 26 років

3. Вкажіть спеціальність за якою Ви зараз працюєте:

- загальна практика-сімейна медицина

-педіатрія

-терапія

-організація та управління охороною здоров'я

4. Вкажіть посаду, яку Ви зараз займаєте:

- генеральний директор

- медичний директор

- завідувач амбулаторії

- лікар первинної ланки

5. В якому населеному пункті розташований Ваш лікувальний заклад:

- обласний центр

-місто

-село

-сміт

6. Вкажіть область, де Ви працюєте:

-Вінницька

-Волинська

-Дніпропетровська

-Донецька

-Житомирська

-Закарпатська

-Івано-Франківська

-Київська

-Кіровоградська

-Луганська

-Львівська

- Миколаївська

-Одеська

- Полтавська
- Рівненська
- Сумська
- Тернопільська
- Харківська
- Херсонська
- Хмельницька
- Черкаська
- Чернівецька
- м. Київ

7. Вкажіть форму власності Вашого лікувального закладу:

- КНП
- ТОВ
- ФОП (1 лікар)
- ФОП (2 і більше)

8. Чи співпрацює Ваг лікувальний заклад з НСЗУ за програмою медичних гарантій за пакетом «Первинна медична допомога»

- Так
- Ні
- Плануємо в майбутньому
- Не плануємо

9. Скільки лікарів первинної ланки працюють у Вашому лікувальному закладі?

- 1
- 2-5
- 6-10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51 і більше

10. Вкажіть кількість місць надання медичної допомоги:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 і більше

11. Вкажіть кількість декларацій у Вашому лікувальному закладі при наявності договору з НСЗУ

12. Як Ви дивитесь на створення нової інституції, незалежної від МОЗ та НСЗУ, яка буде розробляти, впроваджувати, вимірювати показники якості?

13. Що для Вас означає термін «Якісна медична допомога»?

Доступність

Безпека
Своєчасність
Ефективність
Пацієнторєінтовність
Доказовість
Відсутність скарг
Відповідність визначеним індикаторам
Інше

14. Як у Вашому лікувальному закладі проводиться контроль за якістю надання медичної допомоги?

-контроль за коректністю ведення електронних записів
-перевірка паперових карт
-опитування пацієнтів щодо надання допомоги
-аналіз скарг та звернень пацієнтів
-моніторинг індикаторів якості медичної допомоги
-інше

15. Чи є у Вас в закладі затверджений перелік індикаторів якості медичної допомоги?

-так
-ні
-в розробці
-інше

16. Вкажіть перелік критеріїв якості, які впроваджені у Вас в закладі.

17. Чи впливає на Вашу мотивацію покращення якості грошова винагорода за досягнення певних індикаторів якості:

-так
-ні
-інше

18. Чи враховують досягнення бажаних індикаторів якості у нарахування заробітної плати?

-так
-ні
-зараз не враховують
-не має перемінної складової, лише ставка

19. Чи зрозумілі Вам ці нарахування?

-так
-ні
-зараз не має таких нарахувань

20. Чи ознайомлені Ви з Наказом МОЗ України від 17.04.2023 №716 «Про затвердження Примірного переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги»?

-так
-ні

21. Чи зрозуміло Вам для чого згідно з Наказом МОЗ України від 17.04.2023 №716 «Про затвердження Примірного переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги» вимірюють ці показники?

- так
- ні

22. Яка Ваша думка для чого є необхідність розраховувати структуру задекларованого населення на рівні лікаря?

- розуміти скільки грошей приносять до закладу мої декларанти
- планувати пріоритетні напрямки для кожного лікаря
- розуміти потреби ваших пацієнтів
- планувати своє навчання
- інше

23. Яка Ваша думка для чого є необхідність розраховувати структуру задекларованого населення на рівні закладу?

- для розрахунку фінансової спроможності закладу
- для створювання індивідуальних критеріїв якості для лікарів
- введення додаткових послуг або розширення переліку пакетів навчання лікарів
- інше

24. Як на Вашу думку впливає кількість пацієнтів на одного лікаря

- мало пацієнтів – втрачається якість надання медичної допомоги
- багато пацієнтів – втрачається якість надання медичної допомоги
- кількість пацієнтів не впливає на якість надання медичної допомоги
- інше

25. Як впливає кількість медичних сестер/братів на одного лікаря на якість медичної допомоги:

- зменшує навантаження на лікаря
- збільшує кількість контактів з пацієнтом
- не впливає на якість
- інше

26. З якою медичною інформаційною системою (МІС) Ви працюєте?

- МЕДЕЙР
- Helsi
- Doctor Eleks
- EMCIMEД
- MEDSTAR
- інше

27. Чи задоволені Ви співпрацюю з Вашим МІС?

- так, дуже
- так
- не дуже
- не задоволені
- інше

28. Чи є можливість у Вашому МІС автоматично розраховувати індикатори, вказані в Наказі МОЗ України від 17.04.2023 №716 «Про затвердження Примірною переліку Індикаторів якості надання первинної медичної допомоги»?

- так
- ні
- є частково
- не перевіряв

29. Які з перелічених індикаторів Ваш МІС розраховує автоматично?

- кількість пацієнтів у віці 18-69 років з факторами ризику НІЗ: щоденно куріння
- кількість пацієнтів у віці 18-69 років з факторами ризику НІЗ: надмірна вага (ІМТ більше ніж 25% на 1 лікаря на 100 декларацій)
- кількість пацієнтів з НІЗ, а саме з діагнозом «Гіпертонічна хвороба»
- кількість пацієнтів з НІЗ, а саме з діагнозом «Цукровий діабет 2 типу»
- кількість пацієнтів з НІЗ, а саме з діагнозом «Бронхіальна астма»
- кількість звернень до лікаря ПМД з проблемами психічного здоров'я
- відсоток візитів пацієнтів до лікаря ПМД, які завершуються виданням направлення до лікаря-спеціаліста
- відсоток направлень, які були погашені
- використання послуги ПМД (відсоток декларантів, які звернулися до лікаря більше 1 разу)
- моніторинг розвитку дитини у віці до 1 року
- інше

30. Хто для Вас є лідером у впровадженні системи управління якістю медичної допомоги (людина)

31. Який медичний заклад для Вас є лідером у впровадженні системи управління якістю медичної допомоги?

32. Чи відвідували Ви центри передового досвіду первинної медичної допомоги з питань якості медичної допомоги?

- так
- ні
- інше

33. Яка інструкція є для Вас авторитетною в питаннях управління якістю медичної допомоги?

- МОЗ
- НСЗУ
- ДОЗ
- Асоціація сімейної медицини України
- Асоціація медичних закладів України
- ВООЗ
- Державний експертний центр МОЗ
- інше

34. Чи проходили Ви навчання з питань якості медичної допомоги?

- так
- ні
- планую
- не планую

35. Які перешкоди Ви зараз бачите в побудові системи управління якістю у Вашому закладі?

- незрозумілість цілей та інструментів щодо покращення якості медичної допомоги
- збільшення паперової роботи
- недостатність знань з питань якості медичної допомоги
- опір колег
- не має експертів до кого можна звернутися за консультацією
- інше

36. Ваші пропозиції та побажання