

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**Управління якістю в закладі охорони здоров'я
(методичні рекомендації)**

Чернівці - 2025

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Протокол Вченої ради

№4 від 03 грудня 2024 року

**Управління якістю в закладі охорони здоров'я
(методичні рекомендації № 1-2025)**

УДК : 614.2:005.2

У 67

Установа-розробник:

Буковинський державний медичний університет МОЗ України

Укладачі:

Власик Любов Йосипівна – доцент закладу вищої освіти кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я БДМУ (380 50 747 1015)

Сухолотюк Анастасія Леонідівна – аспірант кафедри внутрішньої медицини БДМУ (380 95 047 1003)

Рецензенти:

Завідувачка кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор **Орина Зенонівна Децик**

Завідувачка кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, доктор медичних наук, професор **Наталія Олександрівна Теренда**

ЗМІСТ

Зміст	Сторінка
Перелік умовних скорочень	4
Вступ	5
1. Ключові факти за даними ВООЗ щодо якості медичної допомоги	6
2. Поняття «якість» в охороні здоров'я	7
2.1. Якість Донабедяна	7
2.2. Якість Максвела	8
2.3. Якість за ВООЗ	8
2.4. Якість Джурана	11
2.5. Мала і велика якість за Лілранком	12
3. Рівні типи та принципи управління якістю	12
4. Політика якості	15
4.1. Система вбудованої якості	16
5. Процесний підхід до системи менеджменту	17
6. Робота над помилками у закладі охорони здоров'я	20
6.1. Види помилок	20
6.2. Метод аналізу первинних або кореневих причин	21
6.3. Коригувальні та превентивні дії	22
7. Побудова організаційної культури закладу	23
8. Система звітності та збалансованих показників	24
Висновки	28
Додаток 1. Порядок контролю якості медичної допомоги ЗОЗ	29
Додаток 2. Модель кінцевих результатів (методика та приклад розрахунку)	31
Додаток 3. Індикатори якості медичної допомоги (первинної, спеціалізованої, екстреної)	33
Додаток 4. Примірний перелік індикаторів якості надання первинної медичної допомоги.	36
Рекомендована література	38

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГХ – гіпертонічна хвороба

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

НІЗ – неінфекційні захворювання

ОЗ – охорона здоров'я

СОП – стандартна операційна процедура

ССС – серцево-судинна система

ПМД – первинна медична допомога

ЦСР – цілі сталого розвитку

САРА – Corrective and preventive actions, корегувальні та превентивні дії

ICQ – International Society for Quality in Health Care

JCI – Joint Commission International

LMICs – low and Middle-Income Countries, країни низьких та середніх доходів

RCA - Root Cause Analysis – аналіз кореневих причин

UHC - Universal Health Coverage - універсальне покриття

Якість обслуговування вважалася річчю таємничою: з одного боку – реальною і відчутною, з іншого – такою, що не піддається вимірюванню
Аведіс Донабедян

Вступ

Якість послуг в охороні здоров'я впливає на здоров'я як окремої людини, так і суспільства в цілому та повинна відповідати сучасним науковим знанням. Якість забезпечується системою управління на національному, регіональному та локальному рівнях і може вимірюватися.

Управління якістю є надзвичайно актуальним завданням для системи охорони здоров'я та потребує додаткових досліджень та впроваджень в практику. За існування командно-адміністративного підходу до управління закладом, використовувалися моделі кінцевих результатів діяльності, які утримували до певного часу відповідну якість послуг, які надавалися. Проте необхідність виконання контрольних показників часто нівелювала підходи до покращання якості. Це могло залишитися певною установкою (можливим варіантом дій) лікарів, в тому числі, які працюють в новій реформованій системі охорони здоров'я. Радикальна зміна підходів до управління якістю повинна розпочинатися із навчання кадрів новим сенсам якості.

Сучасним підходом до управління якістю є система вбудованої якості, коли кожен працівник на своєму робочому місці якісно виконує свою роботу, чесно повідомляє про помилки, які є каталізаторами змін. У закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) сформована відкрита політика якості і кожен зацікавлений працювати на кінцевий результат, а саме на задоволеність пацієнта та формування у нього позитивного досвіду звернення.

Дані методичні рекомендації висвітлюють сучасні підходи до управління якістю у ЗОЗ за міжнародними стандартами якості, які рекомендовані для впровадження в практичну діяльність.

Використані матеріали курсу «Управління якістю в охороні здоров'я» за сприянням Україно - швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти».

1. КЛЮЧОВІ ФАКТИ ЗА ДАНИМИ ВООЗ ЩОДО ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ¹

Цілі сталого розвитку (ЦСР) підкреслюють, що якість є ключовим елементом загального охоплення медичними послугами (universal health coverage – універсальне покриття) (УНС). Ціль 3.8 ЦСР закликає країни досягти УНС, включаючи захист від фінансових ризиків разом із доступом до якісних основних медичних послуг.

Від 5,7 до 8,4 мільйона смертей пов'язані з низькою якістю медичної допомоги щороку в країнах з низьким і середнім рівнем доходу (LMIC), що становить до 15% загальних смертей у цих країнах.

Шістдесят відсотків смертей у країнах з низьким і середнім рівнем доходів від станів, що вимагають медичної допомоги, відбуваються через низьку якість медичної допомоги, тоді як решта смертей є результатом невикористання системи охорони здоров'я.

Неналежа якість медичної допомоги призводить до витрат у розмірі 1,4–1,6 трильйона доларів США щороку через втрату продуктивності в LMICs.

У країнах з високим рівнем доходу 1 з 10 пацієнтів отримує шкоду під час лікування в стаціонарі, а 7 із 100 госпіталізованих пацієнтів можуть розраховувати на інфікування, пов'язане з наданням медичної допомоги.

За підрахунками, високоякісні системи охорони здоров'я можуть запобігти 2,5 мільйонам смертей від серцево-судинних захворювань, 900 000 смертей від туберкульозу, 1 мільйон смертей новонароджених і половину всіх смертей матерів щороку.

У всьому світі основні структури для досягнення якісної медичної допомоги є неадекватними: кожен 8 заклад охорони здоров'я не має водопостачання, кожен 5 не має санітарних служб, а кожен 6 не має засобів гігієни рук у пунктах надання медичної допомоги.

За оцінками, 1,8 мільярда людей, або 24% населення світу, живуть у нестабільних умовах, які мають проблеми з наданням якісних основних медичних послуг. Велика частка випадків материнської, дитячої та неонатальної смертей, яким можна запобігти, відбувається саме в цих умовах.

1 Quality health services <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Загальне охоплення та якість охорони здоров'я: глобальне зобов'язання

Основна мета УНС (universal health coverage) полягає в тому, щоб усі люди, які потребують медичних послуг, отримували високоякісну допомогу без фінансових труднощів. Таким чином, якісні медичні послуги (профілактичні, лікувальні, реабілітаційні та паліативні) входять у визначення УНС.

Навіть із розширеним доступом до послуг покращення здоров'я може залишатися невловимим, якщо ці послуги не будуть достатньо якісними, щоб бути ефективними.

2. ПОНЯТТЯ «ЯКІСТЬ» В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я.

Якість медичної допомоги – надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до *стандартів у сфері охорони здоров'я*.²

Якість медичної допомоги – ступінь, з яким послуги охорони здоров'я окремим особам і населенню поліпшують вірогідність досягнення бажаних результатів і відповідають наявним професійним знанням (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm*).

Термін «якість охорони здоров'я» можна описати з допомогою декількох підходів.

2.1. Якість медичної послуги за Донабедяном: якість структури, процесу та результату в комплексі.

Результатом вважається одужання, відновлення функції, виживання.

Проте, це не завжди відповідає нашим цілям (просто виживання), потрібна довготривале перспективна оцінка.

Процес те, що зараз прийнято «хорошою» практикою – адекватність, повнота обстеження за клінічними записами, обґрунтування діагнозу,

² Наказ МОЗ України від 28.09.2012 року за №752 «ПОРЯДОК контролю якості медичної допомоги»

лікування, координація і безперервність лікування, превентивний менеджмент здоров'я.

Структура – умови, в яких здійснюється послуга та інструменти, які створюють продукт. Адекватність будівель, обладнання, кваліфікація персоналу, адміністративна структура, управління.

Оцінка якості медичної послуги за Донабедяном.

Шукаємо відповідь на питання «Що тут відбувається?» замість «Що не так і як покращити?» тобто проводимо оцінювання більш відсторонено, щоб уникати упередженості та суб'єктивності в судженнях.

Джерела інформації:

- Клінічні записи
- Спостереження кваліфікованим колегою за наданням послуги
- Вивчення поведінки лікарів (до кого звертаються) та відгуків пацієнтів
- Власна репутація закладу очима співробітників

Об'єкти дослідження:

- Реальна послуга надана (робота медичного працівника)
- Реальна послуга отримана (досвід пацієнта)
- Здатність надавачів надати допомогу (кваліфікація працівник, умови в закладі).

Стандарти вимірювань:

- Емпіричні з дійсної практики
- Нормативні

Шкала вимірювання:

- Порядкова (чудово, добре, достатньо, погано)
- Відносні величини (%)
- Бали (за певні компоненти послуги)
- Числовий індекс (від 1 до 100)

Надійність вимірювань – повторюваність, точність. Необхідна детальна специфікація критеріїв, стандартів.

Стандартна помилка буде обумовлена інтерпретуванням стандартів експертами.

Валідність – неупередженість у відображенні реального стану речей, реальної ефективності в досягненні здоров'я та позитивного досвіду пацієнта.

2.2. Якість Максвела (багатовимірність)

Ефективність. Чи надане лікування є найкращим із доступних, який результат?

Прийнятність. Як сприймається пацієнтом або третьою стороною?

Результативність. Співвідношення витрати/отриманий результат.

Доступність. Отримання допомоги, коли це потрібно.

Справедливість. Чи усім людям надаються послуги однаково доброзичливо?

Відповідність. Чи відповідає модель надання допомоги очікуванням населення в цілому?

2.3. Якість за ВООЗ

Якість медичної допомоги – це ступінь, до якого медичні послуги для окремих осіб і населення підвищують вірогідність бажаних результатів для здоров'я. Він базується на професійних знаннях, що ґрунтуються на фактичних даних, і є критично важливим для досягнення загального охоплення медичними послугами. Якісне медичне обслуговування можна визначити багатьма способами, але все більше визнається, що якісні медичні послуги мають бути оцінені в комплексі певних характеристик (рис.1).

Ефективність – надання медичних послуг на основі доказів тим, хто їх потребує. Безпечність – уникнення шкоди людям, для яких призначений догляд. Орієнтованість на людей – надання допомоги, яка відповідає індивідуальним уподобанням, потребам і цінностям. Своєчасність – скорочення часу очікування, а іноді й шкідливих затримок. Справедливість – надання допомоги, якість якої не залежить від статі, етнічного походження,

географічного розташування та соціально-економічного статусу. Інтегрованість – надання допомоги, яка робить доступним повний спектр медичних послуг протягом усього життя. Раціональність – максимізація вигоди від наявних ресурсів і уникнення марнотратства.



Рис.1. Якість за BOO3

Інтервенції за BOO3 щодо поліпшення якості

Системне середовище

- Реєстрація та ліцензування
- Зовнішня оцінка і акредитація
- Клінічне управління
- Публічна звітність і порівняльний аналіз
- Фінансування й угоди з оплатою по результатах діяльності
- Професійна підготовка й контроль кадрів
- Регулювання обліку лікарських засобів

Зменшення шкоди

- Перевірка виконання закладами мінімальних стандартів безпеки

- Протоколи безпеки
- Чек листи для безпеки медичних заходів
- Звітність про несприятливі події

Підвищення якості клінічної допомоги

- Інструменти підтримки клінічних рішень
- Клінічні стандарти, маршрути й протоколи
- Клінічний аудит і зворотній зв'язок
- Аналіз захворюваності і смертності
- Спільні командні цикли поліпшення

Залучення та надання повноважень пацієнтам, родичам і спільнотам

- Формалізоване залучення і надання повноважень пацієнтам, родичам і спільнотам
- Грамотність в питаннях здоров'я
- Спільне прийняття рішень
- Підтримка за принципом «рівний рівному» й експертні групи пацієнтів
- Досвід отримання допомоги пацієнтами
- Інструменти самодопомоги для пацієнтів

2.4. Якість Джурана

Джуран визначає якість, що має два значення:

1) наявність функцій, які створюють задоволеність споживачів; формування сукупності функцій у нову послугу або процес, якість яких потрібно планувати, керуючись потребами пацієнта.

2) надійність цих функцій тобто повторюваність.

Робота задля якості включає **трилогію Джурана**:

- Планування (якість за проектом) створення сукупності функцій;
- Контроль;
- Покращання – мета - усунення несправностей.

2.5. Якість в охороні здоров'я за Лілранком.

Мала і велика якість

Мала якість – це послуга

Велика якість – це послуга + вимоги замовника (до послуги) та
послуга + задоволеність пацієнтів (після її отримання).

Мала якість

Процеси специфікації, стандарти, процедури, протоколи на базі доказової медицини, критерії епідемічної безпеки.

Показники можна виміряти, відстежити.

Впливати простими організаційними методами.

Якщо є відхилення – вдосконалити

Велика якість

Речі, які складно виміряти.

Чи очікуваним для пацієнта є результат медичної послуги?

Задоволений пацієнт та його родичів?

Порекомендують вони вас іншим чи ні?

3. РІВНІ ТИПИ ТА ПРИНЦИПИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ

Рівні управління якістю

Управління якістю здійснюється на різних рівнях (рис.2)



Рис. 2. Рівні управління якістю.

В системі охорони здоров'я усі стейкхолдери: держава, заклад, медичні працівники, пацієнти, їх родичі, спільноти мають функції та обов'язки в роботі задля якості охорони здоров'я.

Якістю можна управляти.

Держава: ліцензування, акредитація, безперервний професійний розвиток медичних працівників, системи звітності.

Відповідно до вимог наказу МОЗ України від 20.12.2013 року за № 1116 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 року за №142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» відбулися зміни критеріїв для державної акредитації ЗОЗ: для отримання вищої категорії необхідно було впровадити сертифіковану систему управління якістю за стандартом ДСТУ ISO 9001: 2009. Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 червня 2023 року № 1129 «ЗМІНИ до Критеріїв акредитації закладів охорони здоров'я, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 березня 2011 року № 142, зареєстрованих у Міністерстві юстиції України 06 червня 2011 року за № 679/19417» внесені зміни.

5. Наявність у закладі сертифіката про відповідність системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000 надає йому додаткових 10 балів від загальної суми набраним закладом.

{Критерії доповнено пунктом 5 згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1129 від 21.06.2023}

Стандарти ISO серії 9000 побудовані на ідеї та положеннях теорії загального (тотального) менеджменту якості (TQM – Total Quality Management).

Первинна медична допомога (ПМД) є центральною для забезпечення високоякісного загального охоплення медичним обслуговуванням. Три взаємопов'язані стовпи первинної медичної допомоги – уповноважені люди та залучені громади; багатосекторальна діяльність для здоров'я; медичні послуги, які надають пріоритет високоякісній первинній медичній допомозі та основним функціям громадського здоров'я – все це вимагає ретельного розгляду якості.

ПОРЯДОК контролю якості медичної допомоги (наказ МОЗ України від 28.09.2012 року за №752) представлений у додатку 1.

Принципи управління якістю

1. Пацієнт-орієнтованість – задоволення потреб пацієнта, передбачення його потреб в майбутньому, формування позитивного досвіду звернення у заклад охорони здоров'я.
2. Лідерство – створення мети та наряду дій, вміння залучати ресурси для досягнення цілей.
3. Залучення людей – розуміння цілей, мотивація, довіра та співпраця.
4. Процесний підхід – розуміння взаємопов'язаних процесів як узгодженої системи, за допомогою якої досягаються результати діяльності.
5. Поліпшення – постійне вдосконалення на всіх рівнях організації.
6. Прийняття рішень на основі доказів – базовий аналіз, оцінка даних та інформації.
7. Управління взаєминами із зацікавленими сторонами, оптимізація впливу на продуктивність організації.

Типи якості охорони здоров'я

1. Прийняття клінічного рішення (індивідуальний лікувальний епізод відповідно показникам та попередньому виконанню).
2. Безпека пацієнта (яким чином виконується).
3. Досвід пацієнта (суб'єктивне сприйняття лікувального епізоду).

Система петель якості

Робоче місце, підрозділ, процес, пацієнт (задоволеність) (рис.3)

1. Робоче місце - самоконтроль
2. Підрозділ - стандартизація кращих практик, налагодження взаємодії.
3. Процес – попередження системних збоїв.

- Збір інформації для розробки стандартних операційних карт або листів вирішення проблеми.

- Зміна стандартів.

4. Пацієнт. Систематичний збір інформації про кожен візит.

Оцінювання візиту пацієнтом порівнюється з самооцінкою прийому лікарем.

Управління якістю розпочинається з робочого місця працівника, функціонального підрозділу, декількох взаємопов'язаних в одному процесі функціональних підрозділів та завершується задоволеністю потреб пацієнта

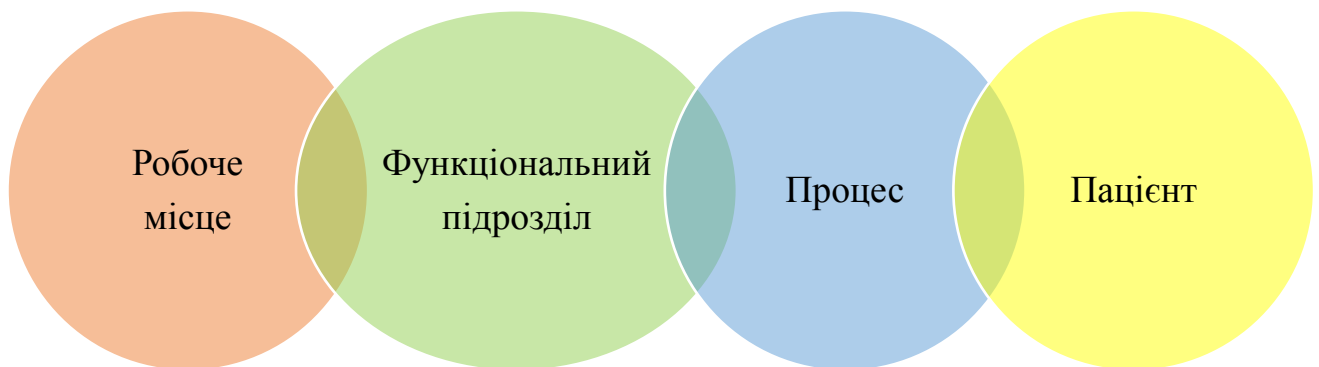


Рис. 3 Петлі якості

3. ПОЛІТИКА ЯКОСТІ

Політика якості ЗОЗ закріплюється у відкритому, публічному документі, в якому сформовані конкретні завдання для всіх.

Мета – продемонструвати усім зацікавленим особам, що у закладі усі працівники мотивовані підвищувати якість послуг, які надаються.

Політика якості є однією із складових загальної політики ЗОЗ поряд з виробничою, фінансовою, кадровою.

Вимоги до політики якості:

- Повинна розпочинатися з аналізу існуючої ситуації та виявлення першочергових завдань
- Повинна відповідати цілям за напрямками: прийняття клінічного рішення, безпека пацієнта, досвід пацієнта
- Включати зобов'язання, залучати усіх співробітників до впровадження
- Створювати основи для перегляду цілей
- Бути впровадженою і доведеною до відома усіх працівників у розроблених документах
- Бути зрозумілою та корисною на всіх рівнях
- Регулярно аналізуватися, переглядатися
- Бути адаптованою до змін, оновлюватися.

Коли політика якості не працює?

Немає виділених відповідальних для забезпечення контролю за виконанням критеріїв якості

Розробка і реалізація лежить виключно на виконавцях – співробітниках підрозділу менеджменту якості

Складена формально, відірвана від реального життя

Співробітники не залучені до впровадження основних положень

Є підрозділи поза системою контролю якості

Не виділяються ресурси на цей розділ роботи.

4.1. Система вбудованої якості

- відмовитися від наказово-звинувачувального способу контролю
- залучити кожного до впровадження політики якості закладу
- підвищити відповідальність і значимість кожного у загальному результаті
- максимально охопити процеси очима співробітників

5. ПРОЦЕСНИЙ ПІДХІД В УПРАВЛІННІ ЯКІСТЮ

Все, що відбувається на території ЗОЗ є процесом або групою процесів, тобто «сукупністю систематичних взаємопов'язаних та взаємодіючих дій, які перетворюють входи у виходи».

- Процеси утворюють систему.
- Система повинна бути задокументованою.
- Процес має бути оформлений в документ Стандартна Операційна Процедура (СОП).
- Персонал виконує процес так, як описано в СОП.
- Управлінець має інструменти для моніторингу і аналізу процесів, на основі чого приймаються рішення про зміни.
- Процесний підхід до системи менеджменту якості означає, що все, що відбувається на території ЗОЗ є процесом або групою процесів, тобто «сукупністю систематичних взаємопов'язаних та взаємодіючих дій, які перетворюють входи у виходи».
- Для процесу очевидні деякі його ключові моменти (рис.4), а саме: вхід та вихід, а ще ресурси, власника процесу, споживачів та постачальників та отримаємо саме ті характеристики процесу, на які необхідно звернути увагу при його розробці та описі.

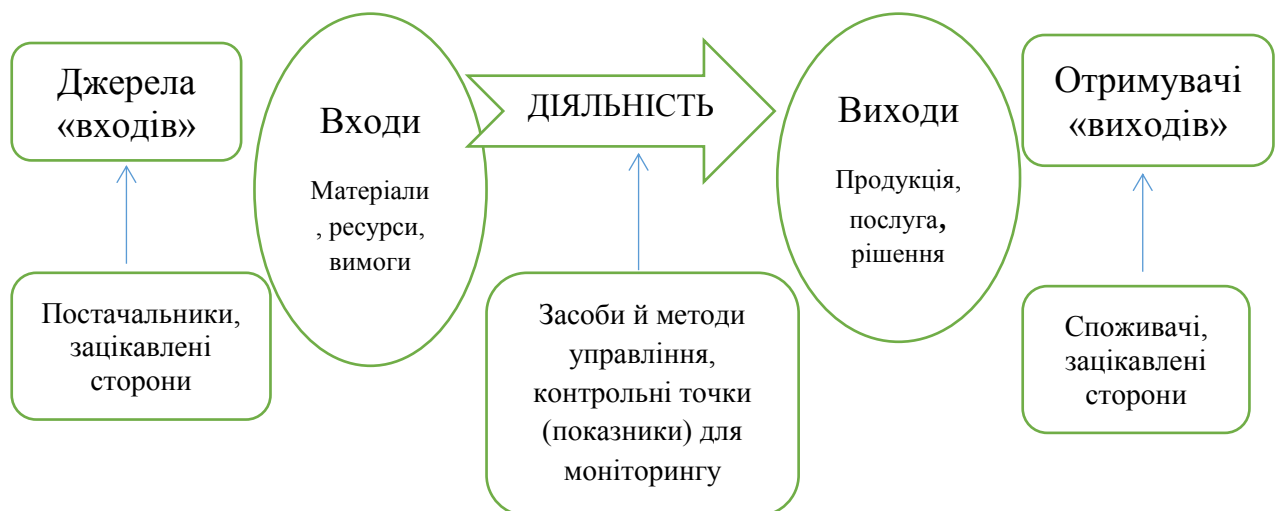


Рис. 4. Ключові моменти процесу

- Вхід – те, що змінюється в ході виконання дій. Наприклад, матеріали, обладнання, документація, інформація, фінанси, персонал тощо.
- Вихід – той результат, на який ви очікуєте і заради якого виконуєте дії. Наприклад, продукт, послуга чи інформація.
- Ресурси – все те, чим ви користуєтеся в ході виконання дій і те, що не змінюється. Наприклад, обладнання, документація, фінанси, персонал, інфраструктура, середовище тощо .
- Власник процесу – людина, яка має в своєму розпорядженні необхідні ресурси та відповідає за кінцевий результат (вихід) процесу. Одне з головних понять процесного підходу (часто зустрічається як «відповідальна особа»).
- Постачальники процесу забезпечують вхід, можуть бути внутрішніми та зовнішніми, без них процес не затребуваний.
- Показники процесу – набір кількісних та якісних параметрів, які характеризують сам процес та його результат. Необхідні для отримання відомостей про його роботу та прийняття управлінських рішень.
- Будь-який процес, групу процесів чи систему в цілому можна будувати за допомогою методики PDCA (або PDSA в більш сучасній інтерпретації).

Методика отримала назву цикла Демінга - Шухарта за прізвищами її розробників.

Міжнародні стандарти якості для закладів охорони здоров'я

ICQ – International Society for Quality in Health Care

JCI – Joint Commission International

Золотий стандарт якості у світі: безпека + високий рівень

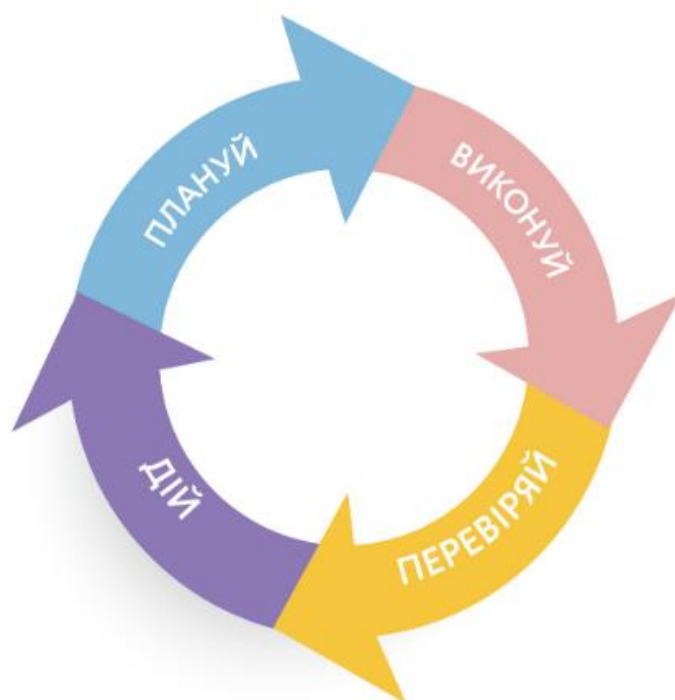


Рис.5. Модель безперервного поліпшення процесів циклу Демінга – Шухарта: Plan-Do-Study-Act/Плануй-виконуй-вивчай-дій PDSA замість Plan-Do-Check-Act/Плануй-виконуй-перевіряй-дій

Для вивчення та контролю дій щодо безперервного поліпшення процесів циклу Демінга – Шухарта доцільно використовувати діаграму Ішікави (рис. 6) та Дошку удосконалення:

Поодинокі питання	Системні відхилення	Заходи з реалізації	Заходи на контролі

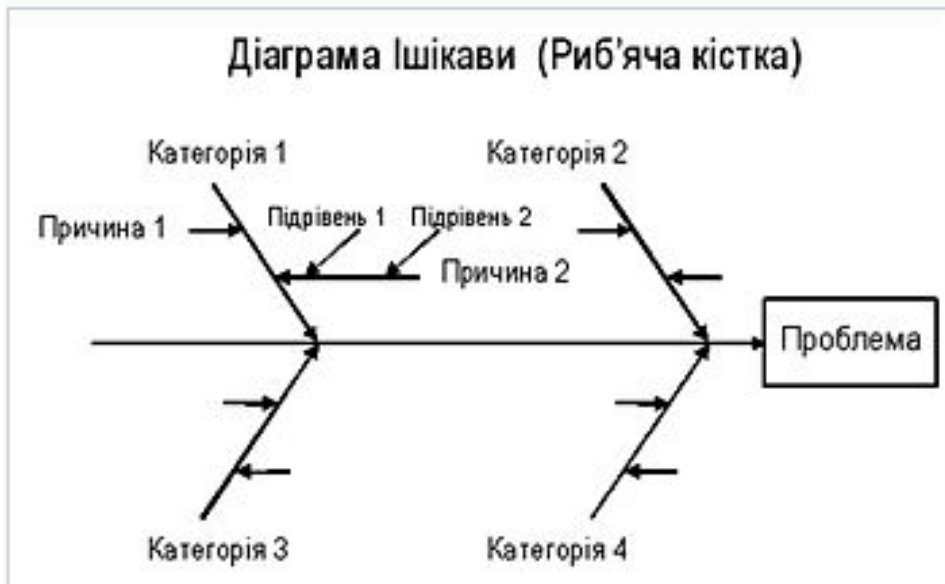


Рис.6. Діаграма Ішікави

6. РОБОТА НАД ПОМИЛКАМИ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

6.1. Види помилок

Стандарти щодо інцидентів (JCI).

Помилки мають стати каталізаторами змін

Майже помилка, перехоплена помилка (near miss, close call, good catch) – незапланована подія, яка потенційно могла призвести до негативних наслідків і тільки випадковий збіг обставин або своєчасне втручання допомогло уникнути серйозних наслідків, частіші, ніж помилки.

Помилка (adverse event) – дія або бездіяльність медичного персоналу безпосередньо пов'язана з наданням медичної допомоги, що призвело до шкоди пацієнту (діагностика, лікування), інциденти з обладнанням (ліки, помилкові операції, реакції на трансфузії), травми пацієнта, небажані явища при анестезії.

Інциденти – будь-яке відхилення від звичайної медичної допомоги, ненавмисна дія або бездіяльність, яка не приводить до досягнення бажаного результату.

Екстремальна подія – значна шкода здоров'ю, смерть, інвалідність, значна психологічна травма, не пов'язана з перебігом захворювання.

JCI вимагає систематично збирати помилки, консолідувати, аналізувати їх. Екстремальні події мають бути досліджені для виявлення справжніх причин.

6.2. RCA Root Cause Analysis – метод аналізу первинних або кореневих причин. Системи та події пов'язані між собою, відстежуючи їх у зворотному порядку, можливо знайти ту крапку, де проблема народжується, водночас з'ясовуючи, як ситуація змінювалася поки не вилилася в наявну проблему

1. Єдина система збору помилок в т.ч. перехоплених

Джерела інформації:

звернення пацієнтів,

результати контролю та оцінки діяльності співробітників та відділень

звіти про внутрішні перевірки

звіти про зовнішні інспекції.

2. Система звітування про помилки

Повинна бути зручною, можливий варіант бути анонімною

Визначити правила

- коли, про що і в які терміни потрібно звітувати
- хто буде відповідальним за збір та консолідацію даних
- у якому форматі дані будуть презентуватися персоналу

Виявити:

Що трапилося?

Як це відбувається зазвичай?

Що вимагають політики, інструкції?

Чому це сталося?

Як організація управляла ризиком перед подією (що було зроблено, щоб цього не сталося)?

Ставити 5 питань ЧОМУ?

Причина не повинна містити «погано», «неадекватно», «повільно».

Причиною не є «людська помилка», «не виконання інструкції»

Якщо в звіті наявні такі формулювання – аналіз ще не завершений.

Філософія відкритості і визнання помилок повинна йти, в першу чергу, від керівництва:

- Дякувати за пильність, небайдужість
- Показати, що це для керівника має значення
- Дозволяє залучити кожного
- Дозволяє бути в курсі найдрібніших відхилень

6.3. Коригувальні та превентивні дії

Corrective and preventive actions, CAPA

Коригуюча дія – дія, яку виконують для усунення причини невідповідності (помилки чи інциденту) та попередження її повторного виникнення.

Попереджувальна дія – дія, яку виконують для усунення причини потенційної невідповідності (помилки або інциденту) або іншої потенційно небажаної ситуації.

CAPA – модель безперервного покращення процесів

Як покращити робочі процеси на місцях, щоб зменшити навантаження на персонал?

Чи можлива запропонована дія в межах ресурсів організації?

Який термін часу потрібен для усунення проблеми?

Які ризики можуть супроводжувати внесення змін?

CAPA розробляється командою, яка проводила, яка проводила пошук кореневих причин

Як впровадити коригувальні дії?

Хто буде відповідальним за дію для усунення проблеми?

На які процеси вплине зміна дій?

Коригувальні дії

- Мають бути сформовані так, щоб можливо було провести їх оцінку, містити чіткі вимірні елементи.

До прикладу:

- Розробити упродовж 10 днів

- Протестувати на 100 випадках
- Контролювати 3 міс.

Дії: що вимірюємо, хто вимірює, який результат очікується, коли оцінка результату, хто буде проводити оцінку.

Якщо впроваджені дії не призвели до бажаних результатів:

- Повернутися назад на крок (коригуючі дії) або два (пошук кореневої причини)
- Проаналізувати зміни, які можливо потрібно внести у взаємопов'язані процеси або документи
- Передбачити наслідки впроваджених рішень ДО їх реалізації

Передбачити наслідки впроваджуваних рішень

FMECA (Failure Modes Effects and Criticality Analysis)

Інструмент для визначення можливих помилок та ризиків, визначення їх критичності.

7. ПОБУДОВА ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ КУЛЬТУРИ ЗАКЛАДУ

(за Олександрою Палагіцькою)

Якість і безпека визначають рівень закладу.

Сучасний пацієнт начитаний та вимогливий.

Клієнтоорієнтованість не лише задоволення запиту або скарг пацієнта, але швидше людино орієнтованість – виконання професійних обов'язків якісно.

1. Добір персоналу (анкета, співбесіда)
2. Систематичні зустрічі з психологом для профілактики професійного вигорання.
3. Балінтовські групи для опрацювання складних професійних випадків (для розвитку емоційного інтелекту) – обговорення досвіду комунікації з пацієнтами та їхніми родичами.
4. Наставництво
5. Спільне дозвілля

6. Культура спілкування
 - між керівником та співробітниками,
 - між середнім медичним персоналом,
 - між середнім медичним персоналом та лікарями,
 - між персоналом та пацієнтами
7. Вимоги до якості прописані інструкціями обов'язкові для всіх.
8. Тренінги та навчання
9. Щоденні мед сестринські конференції
10. Надихаючі сніданки (1 раз на місяць) із запрошеним спікером

Спільне використання та навчання: окрім вимірювання ключових показників для покращення, існує очевидна потреба збирати та ділитися уроками та досвідом щодо якості всередині та між країнами для перехресного збагачення та активованого процесу навчання. Такими знаннями, отриманими з країн на всіх рівнях системи охорони здоров'я, необхідно ділитися в усьому світі та в межах місцевої системи охорони здоров'я.

Менеджмент знань у закладі – бажання людей ділитися досвідом, спілкуватися з тими, хто пропонує певні нововведення.

8. СИСТЕМА ЗВІТНОСТІ ТА ЗБАЛАНСОВАНИХ ПОКАЗНИКІВ

Приклад розрахунку Моделі кінцевих результатів та нормативна база для розрахунку якісних показників медичної допомоги (Додатки 2 - 4)

Система звітності

Звітність – це інструмент для того щоб

- реагувати на те, що відбувається, аналізувати;
- оцінювати результати;
- проводити стратегічний аналіз.

З бухгалтерської звітності зрозуміло чи ефективно працює заклад, проте не зрозуміло чому і що саме робити.

Система збалансованих показників

1. Показників не має бути більше 20.
2. Вони мають «розшиватися», деталізуватися на наступних рівнях.
3. Збір бажано автоматизувати. Не має бути звітів по заповненню звітності.
4. Показники мають бути розділені на поточні (ілюструють де ми знаходимося зараз) і стратегічні (куди ми рухаємося).
5. До звіту можуть додаватися окремі показники (тимчасові) для деталізації певних питань.

Критерії системи збалансованих показників

Достовірність та надійність.

Оперативність.

Повнота.

Зрозумілість.

Доступність.

Корисність.

Етапи побудови системи

1. Розписати як саме оцінюється ефективність роботи установи.
2. Для кожного напрямку розробити декілька показників.

Блоки звітності

- Фінансова звітність.
- Виробнича звітність.
- Звітність по персоналу.
- Звітність по пацієнтах

Звітність має включати елементи прогнозування, визначену частоту, інтегрованість, містити не лише абсолютну кількість

Показники мають відповідати запланованим рівням.

За результатами аналізу формуємо рішення:

1. Відхилення від цільових показників _____.

2. Сформулювати рішення

Відповідно до отриманих даних про _____, які свідчать про _____, слід застосувати наступні дії _____.

Показники для моніторингу:

- Фінансові (оборот за тиждень по кожному підрозділу, загальний оборот та по основних групах послуг);
- Показники роботи медичної служби (кількість звернень, консультацій, вакцинацій);
- Робота кол-центру (кількість унікальних дзвінків, записів, конверсія);
- Робота сервісного підрозділу;
- Робота системи вбудованої якості (самооцінка лікарів та оцінка пацієнтів).

Вимірювання задля покращання відповідає на запитання:

Як ми знаємо, що зміна є покращанням?

Для хорошого вимірювання потрібно добре налагоджений процес.

1. Поставити короткі та зрозумілі цілі.
2. Обрати інструменти вимірювання.
 - На карті процесів (складеного напередодні) визначити де знаходяться найважливіші пункти, які впливають на результат.
 - Розробити схему «причина-наслідок».
 - Визначити місця у маршруті пацієнта, де можна отримати дані вимірювань.
3. Визначити конкретні показники (звернення кількість або відсоток від пацієнтів або середня кількість на одного пацієнта) та час для послідовності.

4. Збір даних. Що входить до первинних даних (кількість звернень, кількість пацієнтів). Хто буде це робити? Яким чином збирати дані? Коли? Фіксація базової лінії – вихідних даних, щоб потім оцінити динаміку.

5. Аналіз та презентація. Графічні зображення динаміки та структури.

6. Перегляд вимірювань. Чи отримуємо саме те, що планували? Що за зміни отримали? Що потрібно робити далі?

7. Продовження удосконалення системи показників..

Повертаємося до 4го пункту. І далі цикл: збирай, аналізуй, переглядай.

Рекомендується аналізувати щотижнево тому, що саме тиждень можна пов'язати з певним контекстом, які процеси тоді відбувалися.

Матриця Ейзенхауера:

Терміново
Не важливо

Терміново
Важливо

Не терміново
Не важливо

Не терміново
Важливо

Сучасні форми та засоби навчання персоналу (рис.7, 8)

Форми навчання в середині установи: інструктаж, ротація кадрів, наставництво, “shadowin” (навчання в тіні); корпоративні соціальні мережі.

Навчання в установах: професійне; з питань безпеки пацієнта; з питань ефективної комунікації.

Зовнішнє навчання: одноразове/модульне; очне/дистанційне.

Самонавчання.

Кожний працівник проходить дві стадії розвитку:

- 1) адаптується до роботи в колективі;
- 2) постійно навчається в організації.

Навчання співробітників



Рис. 7 Відмінності жорстких та м'яких навиків



Рис.8. Адаптація та навчання

Висновки

Незважаючи на велику кількість нормативних документів щодо забезпечення якості в системі охорони здоров'я, існують прогалини в розумінні медичними працівниками сучасних підходів та інструментів, які слід використовувати в ЗОЗ щодо цього. Інформація, представлена в Методичних рекомендаціях призвана допомогти зробити процес управління якістю живим та цікавим, а навчання персоналу сучасним сенсам якості ефективним.

ПОРЯДОК контролю якості медичної допомоги

Наказ МОЗ України від 28.09.2012 року за №752

- Оцінка якості медичної допомоги – визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я.
- 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.

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги

• **Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги** здійснюється керівництвом закладів охорони здоров'я та/або медичними радами закладів охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю:

- за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я;
 - самооцінки медичних працівників;
 - організації надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я;
 - моніторингу реалізації управлінських рішень;
 - моніторингу дотримання структурними підрозділами закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів;
 - моніторингу системи індикаторів якості медичної допомоги;
 - вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги.
- **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.

- **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,
- у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів та/або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом *клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги*.

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги

- **Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги** здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом
- контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики,
- проведення акредитації закладів охорони здоров'я,
- атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я,
- проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Модель кінцевих результатів (методика та приклад розрахунку)

Модель кінцевих результатів (МКР) - узагальнений якісний показник діяльності ЗОЗ.

Для запровадження МКР необхідні наступні ключові складові.

Показники результативності (ПР) – вибрані індикаторні показники, які є цільовими досягненнями роботи.

Нормативні значення показників (НЗ), за які можуть братися середні значення по області, місту або середні значення виконання у закладі або прогнозовані рівні за умови виконання проміжних заходів. Значення можуть бути у вигляді середніх або відносних величин.

Показники дефектів (ПД) нормативних значень не мають. Вимірюються у середніх або абсолютних величинах, але повинні дорівнювати нулю.

Показники обираються відповідно до специфіки закладу, поточної ситуації, проблемних питань на основі поглибленого аналізу роботи.

Для кожного показника результативності експерти у даних питаннях підбирають кількість балів у шкалі від 1 до 10 балів за значимістю. Це дає можливість уніфікувати показники з різними одиницями вимірювань в одну комплексну бальну систему оцінки. Це особливо актуально для ПМД, де виконуються різносторонні завдання, які потребують моніторингу.

Наприклад, нормативний показник результативності охоплення флюорографічним обстеженням населення 550 на 1000 населення.

Для того, щоб оцінити його в балах необхідно знати фактичний показник (ФП)

$$ПР = НЗ + (ФП - НП) \times ОВ,$$

$$\text{за } ФП = 490, ПР = 6 + (490 - 550) \times 0,01 = 6 - 0,6 = 5,4$$

$$\text{за } ФП = 570, ПР = 6 + (570 - 550) \times 0,01 = 6 + 0,2 = 6,2$$

Нормативний середній термін флюорографічного до обстеження має 10 днів та знак (-), за ФП = 12 днів, $ПР = 5 - (12 - 10) \times 0,25 = 5 - 0,5 = 4,5$.

$$\text{за } ФП = 9 \text{ днів, } ПР = 5 - (9 - 10) \times 0,25 = 5 + 0,25 = 5,25.$$

МОДЕЛІ КІНЦЕВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ ПМД

ТА КРИТЕРІЇ ЇХ ОЦІНКИ на ____ рік

№ п/п	Найменування показників	Одиниця вимірювання	Норматив	Оцінка в балах		
				норматива	відхилення	
					знак	на одиницю вимірювання
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
I. Протитуберкульозна робота						
1.	Показники результативності					
1.1.	Охоплення флюорографічним обстеженням населення	На 1000	550	6	+	0,01
1.2	Виконання плану обстеження осіб групи ризику	%	100	6	+	0,05
1.3	Середній термін флюорографічного дообстеження	Дні	10	5	-	0,25
1.4	Питома вага обстежених бактеріоскопічно із числа осіб, які перебували на дообстеженні з підозрою на туберкульоз.	%	100	8	+	0,075
2.	Показники дефектів					
2.1	Виявлення деструктивних форм туберкульозу.	Випа док	-	-	-	0,3
2.2	Виявлення занедбаного випадку раку легень.	Випа док	-	-	-	0,3
II. Онкологічні профілактичні огляди						
3.	Показники результативності					
3.1	Питома вага оглянутих жінок до загальної кількості жінок	%	30	10	+	0,3
4.	Показники дефектів					
45.1.	Виявлення занедбаного випадку раку	Випа док	-	-	-	0,3
III. Санітарно-освітня робота						
5.	Участь у конференціях.	Кільк.	5	5	+	1
6.	Кількість учасників школи «Здоров'я»	Кільк.	5	5	+	1
7.	Виступ на конференції	Кільк.	-	-	+	1

**Індикатори якості медичної допомоги
(первинної, спеціалізованої, екстреної)**

Наказ МОЗ України від 02.11.2011 року за №743

Первинна медична допомога.

Інвалідність, що вперше встановлена (ф. N14 ЗВІТ про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації за 20__ рік).

Кількість випадків малюкової смертності (ф. N21-а ЗВІТ про медичну допомогу роділлям (породіллям), новонародженим та дітям першого року життя за _____ квартал 20__ року).

Виявлення візуальних форм онкологічних захворювань в занедбаних стадіях (ф. N 35-здоров ЗВІТ про хворих на злоякісні новоутворення за 20__ рік).

Виявлення форм туберкульозу в занедбаних стадіях (ф. N 33-здоров ЗВІТ про хворих на туберкульоз за 20__ рік).

Повнота охоплення профілактичними щепленнями (ф. N 063/о).

Повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями (ф. N12)

II. Спеціалізована медична допомога

2.1. Лікарні інтенсивного лікування

2.1.1. Стаціонарний сектор:

летальність в стаціонарі (ф. N 20), з урахуванням граф:

дорослих хворих по вузьких спеціальностях терапевтичного профілю;

хворих дітей по вузьких спеціальностях терапевтичного профілю;

нефрологічних хворих;

гематологічних хворих;

хворих з опіками;

хворих в урологічному стаціонарі;

хворих в нейрохірургічному стаціонарі;

хворих в кардіохірургічному стаціонарі;

післяопераційна летальність при операціях на органах черевної порожнини (ф. N 20);

випадки материнської смертності (ф. N 21-а);

перинатальна смертність (ф. N 21-а);

рання неонатальна смертність (ф. N 21-а).

2.1.2. Амбулаторний сектор (консультативно-діагностичні центри):

задоволеність наданням медичної допомоги в консультативно-діагностичних центрах (за даними соціологічних досліджень);

частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).

2.2. Лікарні планового лікування:

частота переведених хворих в стаціонари інтенсивної терапії (ф. N 016/о) з урахуванням граф:

дорослих з захворюваннями терапевтичного профілю;

дітей з захворюваннями терапевтичного профілю;

жінок з захворюваннями жіночих статевих органів;

задоволеність надання медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень);

частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень).

2.3. Лікарні відновного лікування:

питома вага пролікованих (хворих або постраждалих або осіб з інвалідністю), реабілітованих повністю (ф. N 066/о);

питома вага пролікованих (хворих або постраждалих або осіб з інвалідністю), реабілітованих частково (ф. N 066/о);

частота скарг на медичне обслуговування (за даними соціологічних досліджень).

2.4. Хоспіси (паліативна допомога):

відсоток пацієнтів, яким було забезпечено контроль над болем (за даними соціологічних досліджень).

III. Екстрена медична допомога

3.1. Кількість померлих до приїзду бригади швидкої медичної допомоги (ф. N 22).

3.2. Кількість померлих в процесі транспортування хворого/постраждалого бригадою швидкої медичної допомоги (ф. N 110).

3.3. Добова летальність в стаціонарі хворого/постраждалого, доставленого бригадою швидкої медичної допомоги (ф. N 066/о).

Примірний перелік індикаторів якості надання первинної медичної допомоги.

Наказ МОЗ України від 17.04.2023 року за № 716

1. Структура задекларованого населення.

Вимірюється на 1 лікаря, на 1 заклад ПМД/ФОП, на регіон, на рівні країни.

Визначається за формулою екстенсивного показника

$$\frac{\text{Частина явища (абс.)}}{\text{Ціле явище (абс.)}} 100 (\%)$$

$$\frac{\text{Загальна кількість декларантів певної вікової групи}}{\text{Загальна кількість декларантів}} 100\%$$

2. Кількість задекларованих пацієнтів на 1 лікаря

Визначається шляхом простого підрахунку (абсолютна кількість).

3. Кількість медичних сестер/братів медичних ПМД на 1 лікаря.

Визначається за формулою співвідношення

$$\frac{\text{Кількість явища №1(абс.)}}{\text{Кількість явища №2 (абс.)}} \times \text{коефіцієнт (1, 100, 1000)}$$

$$\frac{\text{Загальна кількість медичних сестер/братів медичних ПМД(абс.)}}{\text{Загальна кількість лікарів ПМД (абс.)}} \times 1$$

4. Кількість пацієнтів у віці 18 – 69 років з факторами ризику неінфекційних захворювань (НІЗ) – надмірна вага ІМТ>25

*Визначається на 1 лікаря шляхом простого підрахунку.**Визначається на 100 декларацій:*

$$\frac{\text{Кількість пацієнтів з факторами ризику (абс.)}}{\text{Загальна кількість декларантів (абс.)}} \times 100$$

5. Кількість пацієнтів у віці 18 – 69 років з факторами ризику неінфекційних захворювань (НІЗ) – щоденне куріння.

Визначається як частота (поширеність) щоденного куріння серед декларантів 1 лікаря ПМД або одного закладу/ФОП

$$\frac{\text{Загальна кількість декларантів, які щоденно палять (абс.)}}{\text{Загальна кількість декларантів (абс.)}} \times 100$$

6. Кількість пацієнтів з НІЗ, а саме з діагнозом «Гіпертонічна хвороба» («ГХ»)

Визначається як частота (поширеність) діагнозу серед декларантів 1 лікаря ПМД або одного закладу/ФОП

$$\frac{\text{Загальна кількість декларантів, які мають діагноз "ГХ" (абс.)}}{\text{Загальна кількість декларантів (абс.)}} \times 100$$

7. Кількість пацієнтів з НІЗ, а саме з діагнозом «Цукровий діабет 2 типу» («ЦД 2»)

Визначається як частота (поширеність) діагнозу серед декларантів 1 лікаря ПМД або одного закладу/ФОП

$$\frac{\text{Загальна кількість декларантів, які мають діагноз "ЦД 2" (абс.)}}{\text{Загальна кількість декларантів (абс.)}} \times 100$$

8. Кількість пацієнтів з НІЗ, а саме з діагнозом «Бронхіальна астма» («БА»)

Визначається як частота (поширеність) діагнозу серед декларантів 1 лікаря ПМД або одного закладу/ФОП

$$\frac{\text{Загальна кількість декларантів, які мають діагноз "БА" (абс.)}}{\text{Загальна кількість декларантів (абс.)}} \times 100$$

9. Кількість звернень до лікаря ПМД з проблемами психічного здоров'я

Визначається як частота звернень з проблемами психічного здоров'я серед декларантів 1 лікаря ПМД або одного закладу/ФОП

$$\frac{\text{Загальна кількість декларантів, які звернулися з проблемами психічного здоров'я (абс.)}}{\text{Загальна кількість декларантів (абс.)}} \times 100$$

10. Відсоток візитів пацієнтів до лікаря ПМД, які завершуються виданням направлення до лікаря спеціаліста.

Визначається як питома вага візитів пацієнтів, на яких їм були видані направлення до лікаря спеціаліста серед загальної кількості візитів пацієнтів на 1 лікаря ПМД або одного закладу/ФОП

$$\frac{\text{Загальна кількість виданих направлень лікарем ПМД до лікаря спеціаліста (абс.)}}{\text{Загальна кількість візитів пацієнтів (абс.)}} \times 100$$

11. Відсоток направлень, як були погашені

$$\frac{\text{Загальна кількість погашених направлень до лікаря спеціаліста (абс.)}}{\text{Загальна кількість виданих направлень лікарем ПМД до лікаря спеціаліста (абс.)}} \times 100$$

12. Використання послуг ПМД

$$\frac{\text{Кількість декларантів, які звертались до лікаря ПМД один та більше разів протягом календарного року}}{\text{Загальна кількість задекларованих осіб}}$$

13. Моніторинг розвитку дитини у віці до 1 року

(0-7 день життя, 20-30 день життя, 3 місяць, 6 місяць)

$$\frac{\text{Кількість дітей другого року життя, які мали не менше 4 візитів за перший рік життя у лікаря ПМД}}{\text{Загальна кількість дітей 2 року життя у лікаря ПМД}} \times 100$$

14. Забезпеченість лікарями ПМД на 100 000 населення

$$\frac{\text{Кількість лікарів ПМД}}{\text{Загальна чисельність населення}} \times 100000$$

15. Охоплення програмою «Доступні ліки» пацієнтів з хронічними захворюваннями серцево-судинної системи.

$$\frac{\text{Кількість пацієнтів з хронічними захворюваннями ССС, яким виписано рецепти за програмою "Доступні ліки"}}{\text{Кількість пацієнтів з хронічними захворюваннями ССС}} \times 100$$

16. Охоплення програмою «Доступні ліки» пацієнтів з хронічними захворюваннями серцево-судинної системи, яким діагноз поставлено вперше.

$$\frac{\text{Кількість пацієнтів, яким діагноз хронічного захворювання ССС поставлено вперше, та яким виписано рецепт за програмою "Доступні ліки"}}{\text{Кількість пацієнтів з хронічними захворюваннями ССС, яким діагноз поставлено вперше}} \times 100$$

17. Моніторинг отримання ліків пацієнтів з хронічними захворюваннями ССС

$$\frac{\text{Кількість пацієнтів, яким діагноз хронічного захворювання ССС поставлено вперше, та які отримали лікарські засоби за рецептом програми "Доступні ліки" (кількість погашених рецептів)}}{\text{Кількість пацієнтів, яким діагноз хронічного захворювання ССС, поставлено вперше та яким виписано рецепт за програмою "Доступні ліки"}} \times 100$$

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України : матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю Тернопіль : ЗУНУ, 2022. 571 с.
2. Безродна С. М. Управління якістю : навч. посіб. / С. М. Безродна., В.О. Лаготюк. – Чернівці, «Родовід» 2016. – 124 с.
3. Власик Л.Й. Організація охорони здоров'я в Україні: навч. посіб. / Власик Л.Й., Грицюк М.І., Навчук І.В., Чорненька Ж.А., Бідучак А.С. – Чернівці: Буковинський державний медичний університет, 2022. 180 с.
4. Копчак Ю.С., Матвеев М.Е., Пугачов В.М. Трансформація сучасного менеджменту в умовах війни. Економіка та суспільство. 2023. Випуск 51
5. Маркетинг в умовах діджиталізації економіки країни: матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Полтава, 23–24 листопада 2023 року). – Полтава : ПУЕТ, 2023. – 230 с.
6. Обіход С.В., Матвеев М.Е., Бойко В.Д. Digital-маркетинг в умовах цифровізації сучасних бізнес-процесів економіка та суспільство. Економіка та суспільство.2023. Випуск # 50 / DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-50-76>
7. Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 року за №743
8. Про затвердження Примірного переліку індикаторів якості надання медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 17.04.2023 року за № 716
9. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 №752 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>
10. Руссу В. В., Царенко І. О. Моделі управління якістю підприємства. Наука – виробництву, 2016
11. Соколова Ю. О., Кочнова І. В. Формування цінової задоволеності споживачів медичних послуг Вісник Херсонського національного технічного університету. 2024 1(88) 325-9
12. World Health Organization. (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Допоміжна

- Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Maxwell R. J. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality in health care : QHC*, 1(3), 171–177. <https://doi.org/10.1136/qshc.1.3.171>
- Talbot, Robin J. “Underprivileged Areas And Health Care Planning: Implications Of Use Of Jarman Indicators Of Urban Deprivation.” *BMJ: British Medical Journal*, vol. 302, no. 6773, 1991, pp. 383–86. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/29710420>. Accessed 9 Nov. 2022.
- Jarman B. (1983). Identification of underprivileged areas. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 286(6379), 1705–1709. <https://doi.org/10.1136/bmj.286.6379.1705>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US).
- Lillrank P. M. (2015). Small and big quality in health care. *International journal of health care quality assurance*, 28(4), 356–366. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2014-0068>
- Quality health services <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>