

В.А. Сміянов

АНАЛІЗ ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми, Україна
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – систематизація і аналіз основних методів та інструментів забезпечення якості медичного обслуговування на рівні закладу охорони здоров'я в умовах існуючої системи контролю якості медичної допомоги.

Матеріали та методи. Аналіз основних видів і форм контролю якості медичної допомоги та визначення рівня забезпечення якості в 24 типових лікувально-профілактичних установах Сумської області. Використано інформаційно-аналітичний та статистичний методи.

Результати. У «Планах основних організаційних заходів» закладів охорони здоров'я є окремі розділи з поліпшення контролю якості медичної допомоги, що декларують контролюючі функції та потребують виконання і дотримання запланованих кількісних показників роботи. Однак немає питань щодо розробки і впровадження сучасних механізмів управління якістю медичної допомоги в цих планах. Заклади охорони здоров'я Сумської області функціонують у рамках нормативів із контролю і експертизи якості медичної допомоги.

Висновки. Досліджено основні механізми існуючої системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області. Доведено, що основним інструментом контролю якості є медична експертиза, в основу якої покладено ретроспективний аналіз статистичних показників.

Ключові слова: якість медичної допомоги, заклад охорони здоров'я, контроль, управління, інструменти.

Вступ

Загальна система основних чинників, які забезпечують якість медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, складається з чотирьох груп факторів: 1) ресурси (обсяг фінансування, медичні кадри, обладнання, ефективність використання ресурсів); 2) державне нормативно-правове забезпечення (законодавчі акти щодо ліцензування, акредитації, стандартизації; зовнішній аудит; механізми фінансування (фінансування за статтями або в межах єдиного бюджету); державне регулювання діяльності суб'єктів господарювання недержавних форм власності галузі охорони здоров'я; уніфіковані клінічні протоколи; медичне страхування); 3) управління/організація на рівні закладу охорони здоров'я (стандартизація етапів надання медичної допомоги, технології лікування, локальні протоколи, механізм внутрішнього аудиту, система мотивації, деонтологічні фактори, навчання персоналу); 4) ставлення споживачів медичних послуг (пацієнтів) до збереження власного здоров'я (відсут-

ність/наявність відповідального ставлення до здоров'я, фактори здорового способу життя, рівень інформаційної обізнаності, виконання призначень лікаря, ставлення до профілактичних рекомендацій лікаря, пов'язаних із формуванням здоров'язберігаючих мотивацій). Визначені фактори забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я комплексно інтегрують розвиток можливих напрямків підвищення якості медичного обслуговування. Сучасний економічний стан економіки України унеможливує суттєве збільшення ресурсної складової підвищення якості медичного обслуговування, тому актуальним є питання ефективного використання ресурсів. Фактори групи «державне нормативно-правове забезпечення» динамічно розвиваються і впливають на процеси забезпечення якості у сфері охорони здоров'я. Так, впроваджений порядок контролю якості, який являє собою вертикально організовану функціональну структурну систему, що включає всі рівні управління – від МОЗ до окремих лікувальних закладів, розроблена Галузева програма стандартизації медичної допомоги до

2020 року, впроваджена Формулярна система забезпечення лікарськими засобами [7, 12]. Ці напрями є базовими регуляторами у створенні механізмів управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я. Фактори групи «ставлення пацієнтів до збереження власного здоров'я», спрямовані на формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я, передбачають зміни соціально-ціннісних установок у поведінці населення і проведення ефективних комунікацій для досягнення сталих змін поведінки. Чинники групи «управління/організація на рівні закладу охорони здоров'я» обумовлюють підвищення ефективності управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я [2].

Перспективним напрямом для швидких змін у поліпшенні якості медичної допомоги є рівень закладу охорони здоров'я, оскільки саме медична установа має сьогодні значний потенціал динамічного і гнучкого реагування на потреби й очікування пацієнтів щодо підвищення якості медичного обслуговування.

Мета роботи – систематизація і аналіз основних методів та інструментів забезпечення якості медичного обслуговування на рівні закладу охорони здоров'я в умовах існуючої системи контролю якості медичної допомоги.

Матеріали та методи

Дослідження спрямоване на визначення основних видів і форм контролю якості медичної допомоги та рівня забезпечення якості в закладах охорони здоров'я України на прикладі 24 типових лікувально-профілактичних установ Сумської області. Використано інформаційно-аналітичний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Контроль якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області протягом 2013 р. здійснювався шляхом виконання таких організаційних заходів: проведення оперативних нарад, медичних рад, лікарських конференцій, клінічних і клініко-адміністративних обходів, рад медичних сестер; контроль за виконанням санітарно-епідемічного режиму заняття з молодшим медичним персоналом; підвищення кваліфікації лікарів; атестація лікарів; підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу; атестація середнього медичного персоналу; впровадження новітніх технологій; аналіз динаміки статистичних показників; щоденна експертна оцінка історій хвороб та карт виписаних із стаціонару; одноденні зрізи; цільові перевірки якості надання медичної допомоги; оцінка якості за моделями кінцевих результатів; виконання планів робіт структурних підрозділів.

У 2013 р. здійснено 114 цільових перевірок якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я Сумської області, 156 перевірок якості медичної допомоги при розгляді звернень громадян. Питання контролю якості розглянуті на 11 колегіях управління охорони здоров'я, 6 апаратних нарадах та 24 оперативних нарадах управління в Управлінні охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації. У 2013 р. клініко-експертні комісії охорони здоров'я провели 76 засідань, 11 засідань Координаційної ради з управління якістю медичної допомоги. Протягом даного періоду у всіх лікувально-профілактичних закладах наказами затверджено відповідальні за контроль та управління якістю медичної допомоги і персональні склади медичних рад, засідання здійснювались відповідно до річного плану [11].

Аналіз «Планів основних організаційних заходів» закладів охорони здоров'я Сумської області за 2013 р. [3, 4, 5, 6] показав, що у 100% випадків у планах наявні окремі розділи з поліпшення контролю якості медичної допомоги. Але задекларовані заходи, визначені в планах, декларують контролюючі функції і потребують виконання і дотримання запланованих кількісних показників роботи, а саме: захворюваність із тимчасовою втратою працездатності, інвалідність, смертність, середнє перебування хворого на ліжку, кількість днів непрацездатності тощо. Однак немає питань щодо розробки і впровадження сучасних механізмів управління якістю медичної допомоги в цих планах.

Надання медичної допомоги населенню на якісному рівні неможливе без достатньої укомплектованості закладів охорони здоров'я лікарськими кадрами та їх достатнім кваліфікаційним рівнем. Аналіз укомплектованості лікарями штатних посад у закладах охорони здоров'я як важливого компонента якості надання медичної допомоги показав, що спостерігається тенденція зменшення укомплектованості штатних лікарських посад у сільських лікарняних амбулаторіях (СЛА) – 71,8% і в центральних районних лікарнях (ЦРЛ) – 85,4±2,1% порівняно з міськими лікарнями (МЛ) – 98,6±2,4% та обласними лікарнями (ОЛ) – 93,5±1,9%. Штатні посади лікарів у середньому по Україні укомплектовані фізичними особами на 82,5% [11].

Забезпеченість лікарями в Сумській області у 2013 р. становила 33,7 на 10 тис. населення. У м. Суми забезпеченість лікарями дорівнювала 66,4, а в районних закладах охорони здоров'я – 21,4 на 10 тис. населення. Забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу, в Україні склала 27,3 на 10 тис. населення. Цей показник був меншим за рівень забезпеченості лікарями у більшості країн Європейського Союзу (33 на 10 тис. населення) [11]. Чисельність лікарів, які займаються лікувальною роботою в сільській місцевості Сумської області, становила у 2013 р. 216 осіб, або 7,76. Це свідчить про значну розбіжність

у забезпеченості лікарями міського та сільського населення.

Професійний рівень лікарів оцінюється за допомогою даних щодо їх кваліфікаційної атестації. Цей показник досліджувався на рівні ОЛ, МЛ і ЦРЛ лікарень Сумської області. Кількість атестованих лікарів у ЦРЛ становила 62,9%, МЛ – 66,8%, в ОЛ – 66,2%. З атестованих лікарів в ОЛ вищу категорію мали 51,82%, першу – 27,72%, другу – 20,46%. У МЛ – відповідно 41,32%, 38,72% і 19,96%. У ЦРЛ – відповідно 29,7%, 50,72% і 19,57% лікарів. Привертає увагу те, що кількість атестованих лікарів зменшилася за всіма категоріями лікувальних закладів. Так, порівняно з 2012 р. у 2013 р. кількість атестованих лікарів зменшилася в ОЛ на 0,9%, у МЛ м. Суми – на 2,6%, у ЦРЛ – 0,3–9,3%. У цілому по Сумській області кількість атестованих лікарів за 2013 р. зменшилася на 1%, що вказало на недостатню мотивацію лікарів до підвищення кваліфікації.

Проведене дослідження показало, що експертиза якості надання медичної допомоги пацієнтам в закладах охорони здоров'я здійснювалася за допомогою п'ятирівневого контролю якості та входила до функцій завідувачів структурними підрозділами закладів охорони здоров'я (перший рівень), заступників головних лікарів із клініко-експертної роботи (другий рівень), клініко-експертних комісій закладів охорони здоров'я (третій рівень), експертної комісії обласного (міського) управління охорони здоров'я (четвертий рівень контролю) та експертної комісії МОЗ України (п'ятий рівень контролю).

Цільова експертиза проводиться у всіх випадках післяопераційних ускладнень, летальних наслідків, у т.ч. післяопераційних втручань, розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозу, повторної госпіталізації, випадках лікарняного інфікування та ускладнень, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку і повторної госпіталізації з приводу одного й того ж захворювання протягом року, і у випадках, що супроводжуються скаргами пацієнтів та їхніх родичів. Проведення оцінки якості медичної допомоги в досліджуваних закладах охорони здоров'я розглядалося не тільки як спосіб виявлення та фіксації дефектів, але й як ефективний механізм щодо прийняття заходів із підвищення якості медичної допомоги. Крім зазначених видів експертної оцінки, регулярно проводились огляди хворих заступником головного лікаря з лікувальної роботи і головної медичної сестри закладів охорони здоров'я, під час яких аналізувались усі аспекти лікувального процесу з обов'язковою фіксацією недоліків і рекомендацій для виправлення в спеціальних «Журналах обходів». Таким чином, основними видами контролю якості надання медичної допомоги були метод експертної оцінки якості лікувального процесу за даними статистичної облікової інформації і метод безпосереднього контролю за роботою лікарів

у медичному закладі. Основними документами для проведення експертної оцінки в стаціонарі стали: карта стаціонарного хворого (ф.003/о.), карта вибулого із стаціонару (ф.066/о.), журнал запису оперативних втручань (ф.008/о.), у поліклініці: амбулаторні карти (ф.025/о.), карта диспансерного спостереження (ф.030/о.) та журнал реєстрації листків непрацездатності.

Для оцінки якості надання медичної допомоги завідувачі структурних підрозділів і лікарі ОЛ, МЛ, ЦРЛ використовували протоколи лікування, схеми експертної оцінки (раціонального використання ліжкового фонду, якості лікування (повне, неповне, комплексне), діагностики, з урахуванням таких показників, як діагноз, обґрунтованість госпіталізації, госпіталізація планова або за швидкою допомогою, обсяг обстеження планових хворих в амбулаторних умовах та дублювання лабораторних досліджень, строки встановлення діагнозу та його обґрунтованість); використання таких допоміжних методів лікування, як лікувальна фізична культура, фізіотерапія; результати лікування у стаціонарі (поліпшення, одужання, без змін), недоліки в записах історій хвороб тощо. Крім того, приділялася увага тривалості перебування хворого в стаціонарі, потреби в подальшому лікуванні в амбулаторних умовах, кількості хворих, направлених до медико-соціальної експертної комісії. Аналіз даних щодо заходів із забезпечення технологічної компоненти якості медичної допомоги і процесу її надання в закладах охорони здоров'я показав, що у лікарнях використовувалися уніфіковані і локальні протоколи лікування, посібники з питань контролю за інфекцією, формуляри лікарських засобів, форми медичної реєстрації, прийняті до виконання, медичні стандарти. У всіх медичних закладах визначена офіційна процедура реєстрації скарг пацієнтів, регулярно проводились опитування пацієнтів щодо якості обслуговування в лікарнях. Для оцінки якості в лікарнях використовувалися дані про тестування передопераційної експертизи. Для проведення передопераційної підготовки в лікарнях виконувалися клінічні, функціональні та інструментальні дослідження (флюорографія, електрокардіографія, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі та ін.). Дослідження показало, що заклади охорони здоров'я Сумської області функціонували в рамках нормативів із контролю й експертизи якості медичної допомоги (табл.).

Аналіз основних показників експертної оцінки якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області показав, що своєчасність діагностики та комплексного лікування спостерігалась у ЦРЛ у 87,3±1,2% випадків, МЛ – 86,2±1,8%, ОЛ – 89,4±3,2%, своєчасність і повнота поліклінічних обстежень: у ЦРЛ – 87,9±1,7%, МЛ – 90,1±2,1%, ОЛ – 94,1±2,3%. Бажаний результат лікування був досягнутий у 93,5±1,7% пацієнтів ЦРЛ, у 94,2±2,2% пацієнтів МЛ, і 90,6±1,9% – ОЛ. На стаціонарному етапі надання

Таблиця
Основні заходи із забезпечення якості медичної допомоги
в закладах охорони здоров'я Сумської області (%)

Назва заходів із гарантії якості	Рівень надання медичної допомоги		
	центральні районні лікарні	міські лікарні	обласні лікарні
Наявність офіційних документів (наказів, інструкцій, положень, локальних протоколів) галузевого, обласного, установчого рівнів щодо гарантії якості	100,0	100,0	100,0
Наявність уніфікованих протоколів та схем експертних оцінок	40	83	100
Застосування експертних оцінок якості лікувально-діагностичного процесу:			
- чотирирівневого	18,0	63,0	100,0
- трирівневого	85,0	75,0	—
- цільового контролю	100,0	100,0	100,0
Проведення медико-соціологічного дослідження пацієнтів протягом останнього року з метою виявлення їх думки про якість медичного обслуговування	48,0	82,5	100,0
Використання результатів опитування для підвищення якості медичної допомоги	36,0	84,0	75,0
Виконання уніфікованих локальних медичних протоколів у лікарні	46,0	90,0	100,0
Наявність офіційної процедури реєстрації скарг пацієнтів	100,0	100,0	100,0
Детальне вивчення та аналіз розходжень патологоанатомічного і клінічного діагнозів, аналіз показників летальності	100,0	100,0	100,0
Використання АСУ в медичних закладах	3,5	12,0	29,8
Комп'ютеризація реєстрації пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних відділеннях	—	—	—

медичної допомоги в МЛ у 63,8±2,2% випадках і ОЛ 78,4±2,4% дублювалися клініко-лабораторні дослідження, проведені пацієнтам в амбулаторно-поліклінічних відділеннях. Дані опитування пацієнтів використовувалися для розробки пропозицій із підвищення якості тільки в 36,0% ЦРЛ, 84,0% МЛ і 75,0% ОЛ. Медичні стандарти розроблені і використовувалися в 40,0% ЦРЛ; 83,0% МЛ і 100% ОЛ. Експертиза якості надання медичної допомоги, аналіз летальних випадків, розходжень патологоанатомічного і клінічного діагнозів здійснювався в лікарнях усіх рівнів.

При проведенні експертизи якості надання стаціонарної допомоги в лікарнях використовувалися такі показники: виконання стандарту обсягу і якості медичної допомоги; повнота лабораторних та інструментальних обстежень; необхідність госпіталізації; комплексність і своєчасність лікування; час лікування в стаціонарі, у т.ч. до і після операції; ускладнення; супутні захворювання; якість ведення документації.

Показники загальної летальності в 2013 р. в ОЛ становили 1,15%, у МЛ – 1,0%, у ЦРЛ – 0,93%.

Найвищий рівень лікарняної летальності в медичних закладах обласного рівня можна пояснити наявністю більш тяжкого контингенту хворих, які отримують високоспеціалізовану медичну допомогу, що узгоджується із середньостатистичними даними по Україні. Крім обов'язкового аналізу розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозів, у лікарнях проводилися науково-практичні конференції з питань розходжень цих діагнозів із періодичністю один раз на місяць. Усі випадки розходжень діагнозів поділені на три категорії:

- летальний результат не залежав від медичного персоналу у зв'язку з пізнім зверненням і значним прогресуванням хвороби;
- у розходженні діагнозів винні медичні працівники, але це не вплинуло на результат;
- у розходженні діагнозів винні медичні працівники, і це вплинуло на результат.

Проведеним дослідженням встановлено, що щорічна кількість розтинів трупів становила 82,3±3,6% від загального числа померлих в ОЛ. Розходження діа-

гнозів у закладах охорони здоров'я Сумської області та закладах охорони здоров'я м. Суми становило 5,0% і 5,8%. Експертна оцінка випадків смерті у стаціонарі передбачала глибокий аналіз кожного випадку летального наслідку, у т.ч. після операційних втручань. Аналізу і оцінці підлягала повнота і своєчасність діагностики і лікування, обсяги і якість надання медичної допомоги, ефективність застосованих методів лікування. Кожний виявлений дефект, а також кожний випадок розходження в оцінці якості на різних етапах експертизи був предметом спеціального обговорення на нарадах у лікарнях, що стало основою підвищення рівня знань медичних працівників і формування єдиних підходів до лікувально-діагностичного процесу.

Одним із основних показників використання ресурсів в Сумській області в охороні здоров'я була середня тривалість перебування хворого в стаціонарі, яка становила у 2013 р. в ЦРЛ 14,2, МЛ – 10,2, ОЛ – 12,4 дні. Раціональне та ефективне використання ліжкового фонду в лікарнях було одним із критеріїв якості надання медичної допомоги.

Основними критеріями оцінки якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я визначені: організація прийому планових хворих; організація прийому хворих, що доставляються машиною екстреної допомоги; якість і своєчасність діагностики та комплексність лікування з першого дня; своєчасність і повнота поліклінічних обстежень; поточні спостереження за хворим, корекція та уточнення діагнозу і лікування; своєчасність та якість консультацій; середнє перебування хворого на ліжку; виконання плану ліжко-днів; результати лікування (поліпшення, одужання, без змін); показники летальності; використання в комплексному лікуванні допоміжних і нетрадиційних методів; обґрунтовані скарги хворих; матеріали анкетного опитування хворих.

Важливим показником якості лікувального процесу в закладах охорони здоров'я стало охоплення та ефективність диспансеризації хворих із керованою патологією (хворі з артеріальною гіпертензією, стенокардією, інфарктом міокарда, цукровим діабетом, бронхіальною астмою, пневмонією, виразковою та жовчнокам'яною хворобами та ін.).

Аналіз отриманих даних показав, що медсестринський персонал мав медичну кваліфікацію 100,0%, атестовано в ЦРЛ 26,3% медсестер, у МЛ – 31,5%, в ОЛ – 36,4%. Враховуючи роль медсестринського персоналу в якісному наданні медичної допомоги, питанню підвищення їх кваліфікації приділялася увага у всіх медичних закладах, що досліджувалися, зокрема, апарат управління лікарні і медсестринський персонал обговорювали нові форми і методи підвищення кваліфікації середнього і молодшого медперсоналу лікарні,

проводилася оцінка роботи середнього медичного персоналу відділення і служб, визначалася наявність офіційної структури для медсестринського персоналу, в якій представлені всі медсестри – рада медсестер (наради проводилися 6–12 разів на рік), наявність інструкції для продовження освіти медсестер «План підвищення кваліфікації медсестер», проводилися курси на кращу медсестру, робилися звіти старших медсестер про роботу середнього медичного персоналу, збиралися дані про підвищення якості та ефективності роботи, здійснювалася профілактика внутрішньолікарняної інфекції. Кожний випадок післяопераційного ускладнення був предметом розгляду на лікарсько-сестринських конференціях відділення.

У всіх лікарнях, в яких проводилося дослідження, функціонувала система контролю якістю медичної допомоги згідно з нормативними документами МОЗ України та інструкціями, наказами, які стосувалися внутрішнього контролю якості.

Висновки

1. Основним методом контролю якості медичної допомоги є медична ревізія (експертиза), що проводиться на відомчому рівні. Якість медичної допомоги оцінюється переважно за допомогою кількісних показників, розроблених державною статистичною службою, та показників діяльності медичних закладів, що відображають обсяги наданої допомоги, зокрема, захворюваність, інвалідність, смертність, план виконання ліжко-днів, річний план зайнятості ліжка, оберненість ліжка та ін. Слід зазначити, що найбільша увага приділяється контролю за тимчасовою і стійкою втратою працездатності. Стимулювання високої якості роботи медичних працівників має не економічний, а переважно моральний статус.
2. Доведено, що експертна діяльність з оцінки якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я потребує удосконалення відповідно до сучасних потреб діяльності медичних установ на основі механізмів ліцензування, акредитації закладів охорони здоров'я, атестації кадрів, стандартизації медичної допомоги на принципах доказової медицини.

Перспективи подальших досліджень у зазначеному напрямку полягають у доповненні системи існуючих методів контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я сучасними методами управління, адаптація і застосування яких є умовою безперервного поліпшення якості медичного обслуговування.

Література

1. *Матеріали* МОЗ України від 18.07.2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130718_p.html. – Назва з екрана.
2. *Організаційно-методологічний* підхід до управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов, А. В. Степаненко, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2013. – № 3. – С. 11–18.
3. *План* основних організаційних заходів Буринської ЦРЛ на 2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : www.burin-rada.gov.ua. – Назва з екрана.
4. *План* основних організаційних заходів КЗ «Білопільська ЦРЛ» на 2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : www.blp.sm.gov.ua. – Назва з екрана.
5. *План* основних організаційних заходів Краснопільської ЦРЛ на 2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : www.b2btoday.com.ua/id/3303963. – Назва з екрана.
6. *План* основних організаційних заходів Кролевецької ЦРЛ на 2013 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : www.krolcrl.ucoz.ua. – Назва з екрана.
7. *Про* затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 16.09.2011 р. № 597 [Електронний документ]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110916_597.html. – Назва з екрана.
8. *Про* затвердження Інструкції з діловодства в Державному архіві Сумської області : наказ Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 20.02.2013 р. № 10-ОД [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://sm.gov.ua/ru/sport/2-uncategorised/3456-nakazy-za-2013-rik.html>. – Назва з екрана.
9. *Про* організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги : наказ МОЗ України від 06.08.2013 р. № 693 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z1717-13>. – Назва з екрана.
10. *Про* порядок контролю якості медичної допомоги : наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>. – Назва з екрана.
11. *Про* результати діяльності лікувально-профілактичних закладів області за 2013 р. : матеріали Колегії Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 06.02.2014 р. [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://uozsumy.com.ua/> – Назва з екрана.
12. *Про* створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 22.06. 2009 р. №529 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09>. – Назва з екрана.
13. *Про* управління якістю медичної допомоги в області : наказ Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 09.09.2010 р. № 771 [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://uozsumy.com.ua/> – Назва з екрана.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.02.2014 р.