

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ**

Лозова Віталіна Вікторівна

УДК : 614.2:005.311.11:303.62(477.52)(043.3)

**Оцінка якості надання медичної допомоги на основі
вивчення думки хворих стаціонарних відділень
Сумської ЦРКЛ**

14.01.38 загальна практика – сімейна медицина

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник:
директор Медичного інституту,
доктор медичних наук, доцент
Сміянов В.А.

СУМИ - 2016

ЗМІСТ

Вступ	_____	3
Розділ 1	Огляд літератури _____	8
Розділ 2	Матеріали та методи дослідження _____	24
Розділ 3	Результати та їх обговорення _____	25
Висновки	_____	33
Практичні рекомендації	_____	34
Список використаної літератури	_____	35

Розділ 1

ВСТУП

Актуальність теми

Політичні і соціально-економічні перетворення в українському суспільстві на етапі інтеграції України до Європейського Союзу, формування нової концепції функціонування системи охорони здоров'я вимагають наукового обґрунтування і удосконалення управління якістю медичної допомоги. Актуальність дослідження значною мірою зумовлюється і необхідністю знаходження нових шляхів забезпечення високої якості надання медичної допомоги населенню України з огляду на появу високовартісних технологій, дефіцит фінансування галузі, зростання потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі. В таких умовах управління якістю медичної допомоги є не тільки перспективним напрямом стратегічного управління охороною здоров'я, але й тією його складовою, для якої характерне існування багатьох теоретичних і практичних проблем, вирішення яких забезпечить вихід галузі з тривалої системної кризи [20].

Поняття якості в охороні здоров'я є філософською категорією, сутністю якої є задоволення потреб людини щодо збереження та поліпшення її здоров'я. Якість в охороні здоров'я – це складна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров'я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період. На сьогодні загальноприйняте визначення якості охорони здоров'я відсутнє. Але окремі вчені дають її визначення через якість медичної допомоги як сукупності результатів профілактики, діагностики і лікування захворювань, визначених встановленими вимогами на основі досягнень медичної науки і практики [9,21,23].

Важко дати відповідь, що важливіше: профілактичні технології збереження здоров'я населення, організація медичної допомоги на всіх

рівнях, підготовка і використання медичних кадрів, використання новітніх медичних технологій і лікування пацієнтів тощо. Забезпечення якості надання медичної допомоги не можливе також без теоретичного обґрунтування розвитку охорони здоров'я, достатнього нормативно-правового забезпечення і організації системи управління, економічного обґрунтування, матеріально-технічного забезпечення [4,22].

Моніторинг якості медичних послуг є необхідним кроком та складовою частиною реформи вітчизняної медичної галузі. Якість послуги визначається рівнем задоволеності потреби пацієнта. Часто очевидними характеристиками послуги, що визначають її якість, є такі: тривалість результату; зрозумілість результату; застосовність результату. Якість послуги значною мірою визначається законодавством, але при лікуванні якість послуги залежить від медичного закладу. У зв'язку з цим одним із методів оцінки якості медичної допомоги є медико-соціологічне дослідження, яке слугує об'єктивному відображенню ситуації з питань гарантії якості в системі охорони здоров'я. Задоволеність пацієнтів отриманою медичною допомогою є визначеним критерієм якості діяльності медичної галузі, що рекомендований до використання Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Серед критеріїв якості медичної допомоги населенню важлива роль відводиться оцінкам думок самих пацієнтів про різні аспекти медичного обслуговування. Традиційна система медико-статистичних показників, а також сучасні системи клініко-статистичних стандартів якості допомоги не можуть охопити всіх аспектів діяльності медичних служб. Іноді відбувається так, що навіть всі стандарти витримуються, а пацієнти не задоволені умовами надання допомоги і в цьому випадку її якість буде неприйнятною[6,17].

Якість в охороні здоров'я – з цим кожна людина стикається повсякденно, постійно порівнює бажаний і одержаний результат. Тому серед багатьох критеріїв якості медичної допомоги одним з найважливіших є рівень задоволеності самих пацієнтів [8].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Обґрунтувати систему моніторингу якості медичної допомоги та дати оцінку задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги, що визначалася за наступними критеріями:

- задоволеність організацією роботи структурних підрозділів лікувально-профілактичних закладів на різних рівнях надання медичної допомоги;
- частота отримання медичних послуг на платній основі;
- своєчасність надання медичної допомоги;
- сприйняття змін в системі охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – хворі стаціонарних відділень Сумської ЦРКЛ .

Методи дослідження

Анкета- це документ, у якому міститься впорядкований перелік питань, що дають змогу отримати нову інформацію.

Створенню анкети передуює розробка програми дослідження у зв'язку з тим, що в анкету закладаються гіпотези, сформульовані завдання, котрі потрібно вирішити під час соціологічного дослідження. Перекласти мову науки на запитання до респондентів - процедура складна, але необхідна. Існує різниця між науковими термінами й буденною мовою, тому поняття можуть мати для простих людей і вчених різні значення.

Анкета починається зі вступної частини — звернення до респондента. У ньому визначається мета дослідження, спосіб заповнення анкети. Далі йде основна частина анкети з блоками запитань до опитуваних. Структура та послідовність запитань в анкеті передбачає розвиток комунікації соціолога з респондентом: завоювання довіри, пробудження зацікавленості, бажання

продовження бесіди та ін. Логіка побудови запитань в анкеті відповідає меті дослідження й отримання інформації, що перевіряє гіпотези.

Питання слід формулювати максимально конкретно та точно, не допускати неясності й неоднозначності.

Усі запитання поділяють на два основні типи:

- відкриті ;
- закриті.

Відкриті запитання - це ті, щодо яких дослідник не пропонує респондентові переліку підготовлених відповідей, а залишає місце для відповідей у довільній формі. Ознайомлення з відповідями на відкриті запитання дають можливість соціологові відчувати проблеми людей, що стоять за цифрами звіту. Однак досвід показує, що на відкриті запитання відповідає лише третина респондентів, при цьому відповіді чи надто стереотипні, чи дуже конкретні, малоінформативні. Окрім цього, такі запитання важко обробляти.

Закриті запитання — це ті, в яких після тексту запитання пропонується перелік відповідей.

До анкети також включають запитання-фільтри. Завдання таких запитань - відсіяти тих респондентів, яких не стосується наступне запитання. Запитання, які стосуються соціально-демографічних характеристик респондента, зазвичай, завершують анкету. Опитування проводяться анонімно й соціально-демографічний блок передбачає взяття до уваги таких позицій: вік; стать; рід занять; національність, місце проживання, освіта (якщо проблема дослідження передбачає їх важливість).

При формулюванні запитань анкети необхідно виконувати такі правила:

- однозначність – мова йде про однакове розуміння змісту запитання респондентами. Дуже важливим є визначеність понять та їхня конкретність. Іноді запитання анкети містять у собі два, а то й більше запитань, що є недоцільним і заважає отримати об'єктивну інформацію;

- стислість – досвід проведення соціологічних досліджень свідчить, що чим довше запитання, Тим важче респондентові зрозуміти його зміст. Якщо запитання довге, то поки респондент дочитає його до кінця, він забуде початок;
- валідність – міра відповідності запитання анкети проблемі, що вивчається. Запитання можуть бути прямі та непрямі. Валідність запитання визначається точністю переведення показника в запитання.

Ми використовували в анкетуванні закриті питання.

В основу дослідження покладено системний підхід, який дав змогу розглянути систему надання медичної допомоги як цілісний комплекс із взаємопов'язаними і взаємозалежними елементами. Для аналізу документальних та літературних джерел, вивчення рівня розробки проблеми застосовувалися історичний та логічний методи. Метод цільового соціологічного опитування використовувався для вивчення думки пацієнтів лікувально - профілактичної установи.

Для оцінки структури досліджуваного явища був використаний екстенсивний показник. Розрахунок проводили за формулою:

$$EP = \frac{\text{частина явища}}{\text{все явище}} \times 100 \%$$

Отримані дані відображали графічно за допомогою секторної діаграми.

Методи експертних оцінок та описового моделювання і узагальнення, а також прогностичний метод застосовувалися для формулювання висновків .

Розділ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Якість та ефективність діяльності медичних закладів належить до числа найбільш актуальних проблем в управлінні охороною здоров'я. Проблеми якості медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої країни, незалежно від її політичної, ідеологічної або економічної орієнтації та моделі системи охорони здоров'я [1].

У сучасних економічних умовах забезпечення високої якості медичної допомоги та належних кінцевих результатів діяльності окремих лікарів, підрозділів і лікувально-профілактичних закладів у цілому виходить на перший план. Це пов'язано з тим, що їх діяльність впливає на стан здоров'я населення та ефективність використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів галузі. Показники якості медичної допомоги можна використовувати для підвищення рівня надання медичної допомоги, диференційованого оцінювання праці медичного персоналу та закладів охорони здоров'я. Матеріальні стимулювання, а також під час проведення акредитації та ліцензування лікувально-профілактичних закладів.

Засвоєння методики визначення показників якості лікування дасть змогу розробляти заходи щодо усунення недоліків у медичному забезпеченні населення.

Як внутрішньовідомча проблема якості медичної допомоги не нова. В історичних джерелах перша згадка про вимоги до якості медичного забезпечення населення зустрічається близько 2 тис. років до н. е. Вважається, що закони вавілонського царя Хамурапі, які стосувались, зокрема, санітарного благополуччя населення, були спрямовані на користь і добро слабких, гноблених, вдів та сиріт. Першими світовими стандартами медичної діяльності медична спільнота вважає правила поведінки лікаря, прописані в канонах древньої Індії, Китаю, Персії, а також «Клятву Гіппократа», які відтворені Женевською декларацією у 1948 р. Найбільш значними віхами на

шляху розвитку управління якістю медичної допомоги в країнах світу стали доповідь А.Флекснера «Рух до підвищення медичних стандартів» (1910), «Мінімальні стандарти до лікарень», опубліковані Американським хірургічним коледжем (1917), інспекційні відвідування лікувальних закладів в Америці та Європі (1918), діяльність об'єднаної комісії по контролю якості в охороні здоров'я в США, створеної у 1915 р., розробка класифікації підходів до контролю якості в охороні здоров'я (60-і роки ХХ ст.), зокрема, технологічного підходу на основі діагностично пов'язаних груп (70-і роки ХХ ст.), робота Х. Vuori, опублікована Європейським бюро ВООЗ,- «Забезпечення якості медичного обслуговування» (1985), введення в медичну практику елементів нового господарського механізму, розвиток медичного страхування, спеціалізації в медицині та нових медичних технологій [3,10,13].

Сучасний світовий досвід з питань управління якістю охорони здоров'я свідчить, що значного прогресу в розвитку системі можна досягти завдяки застосуванню методу загального (всеосяжного) управління якістю — total quality management (TQM), тобто комплексу підходів до якості, ефективності та управління, який протягом останнього часу набув швидкого розвитку в промисловості. Японія, використавши принципи цього методу у виробництві, протягом останніх двох десятиріч змогла посісти домінуюче положення серед країн світу. Цей результат увійшов у світову історію розвитку економіки. Методи управління, що використовувалися для промислового виробництва, тепер застосовуються в інших сферах. Більшість принципів загального управління якістю було досить важко адаптувати до медичних завдань. Але набутий досвід свідчить, що основні їх положення успішно застосовують в охороні здоров'я не тільки Японії та країн Заходу, а й України. [11,18,19].

Отже, з розвитком суспільства змінювались вимоги до рівня якості медичної допомоги. В сучасний період зацікавленість усіх країн світу проблемами якості в охороні здоров'я викликана підвищенням вимог

населення, документально підтвердженою низькою якістю медичних послуг, посиленням уваги до кінцевих результатів медичної діяльності і новими підходами до управління якістю (доказова медицина, стандартизація медичних послуг, організаційні технології тощо)

Метою політики і стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо національних програм з якості визначене безперервне покращення якості медичної допомоги та підвищення її ефективності. Питання якості займають важливе місце, зокрема, в Європейській політиці здоров'я. Основні напрямки вдосконалення якості медичної допомоги населенню в європейських країнах викладені в стратегічних документах: Люблянській хартії (1996), «Здоров'я населення в Європі» (1997), «Досягнення здоров'я для всіх у 21-ому сторіччі» (1998), «Здоров'я-21: Основи політики і досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ» (1999). Вихідними джерелами для них стали «Загальна декларація прав людини», прийнята Генеральною Асамблеєю ООН (1966) та «Хартія прав людини», якими проголошено право кожної людини на життя, свободу, безпеку, якісне і доступне медичне обслуговування [26,28].

За визначенням ВООЗ, «якісне медичне обслуговування – це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» (2008). Науковці вважають, що якісна медична допомога може підвищити шанс залишитись здоровим, скоріше вилікуватись або відновитись після хвороби і триваліший час прожити. Хоча внесок системи охорони здоров'я в збереженні здоров'я нації не перевищує десяти відсотків, якісне надання медичної допомоги забезпечує додаткові п'ять років життя [4,24,].

За даними деяких робіт, *під якістю медичної допомоги* слід розуміти відповідність потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умов ефективного використання наявних ресурсів.

Виділяють такі складові якості та підходи до її забезпечення та оцінки:

- ✓ структурна якість, тобто умови надання медичної допомоги;
- ✓ якість технології, при оцінці якої визначають оптимальність набору лікувально-діагностичних заходів, стосовно конкретного хворого;
- ✓ якість результату – коли оцінюється співвідношення фактично досягнутих і запланованих результатів.

Якість структури – це сума компонентів якості медичної допомоги, що описують умови її надання. У поняття «умови» включаються: кваліфікація кадрів, наявність і стан устаткування, раціональність використання устаткування, стан будинків і приміщень, лікарське забезпечення в медичній установі, наявність і поповнення, видаткових матеріалів і т.д. Структурна якість може визначатися як стосовно медичної установи в цілому, з його матеріально-технічною базою, кадровим забезпеченням, організацією роботи, сервісними умовами (у цьому випадку говорять про можливість ЛПУ робити медичні послуги належного рівня), так і кожному медичному працівнику окремо. В останньому випадку оцінюються його професійні якості, тобто сума умінь, знань, навичок виконання конкретних лікувально-діагностичних маніпуляцій. Якість структури забезпечує: обмін необхідною інформацією для зовнішніх і внутрішніх зв'язків медичної установи з використанням сучасних інформаційних технологій; доступ пацієнтів і громадян до інформації, яка дасть їм змогу брати участь у рішеннях, що стосуються їх здоров'я та медичного обслуговування. Структурна якість підвищує кваліфікаційний рівень, рівень працездатності, підтримує на відповідному рівні необхідні навички та забезпечує регулярність оновлення одержаних ними знань. Якість процесу надання медичної допомоги забезпечують клінічні рекомендації та протоколи.

Клінічні рекомендації – це твердження, які розроблені на основі визначеної методології, мають за мету допомогти лікарю і пацієнту у прийнятті рішення щодо надання раціональної медичної допомоги у різних клінічних випадках. Клінічні протоколи – технічні нормативно - правові акти щодо вимог надання медичної допомоги хворому при певному захворюванні.

Якість процесу — це сума компонентів якості медичної допомоги, що описує наскільки комплекс лікувально-діагностичних заходів, зроблених конкретному хворому, був оптимальний.

Важливий принцип, що лежить в основі процесуального підходу до системи забезпечення якості — це створення таких умов, коли помилка виконавця, випадкове відхилення від нормативного процесу в процесі виконання медичної технології, не приводять до погіршення результату медичної допомоги.

Якість результату — це сума компонентів якості медичної допомоги, що описує відношення фактично досягнутих результатів з реально досяжними (планованими). У залежності від оцінюваного об'єкта під планованими результатами можна розуміти:

- динаміку стану здоров'я конкретного пацієнта;
- результати лікування усіх хворих в ЛПУ за звітний період;
- стан здоров'я населення території.

Оцінка якості медичної допомоги може ґрунтуватись на визначенні сукупності результатів профілактики, діагностики та лікування захворювань згідно з відповідними вимогами.

Вона передбачає потребу оцінки своєчасності та повноти обстеження наступництва в роботі поліклініки та стаціонару, обґрунтованості госпіталізації, застосування сучасних методів діагностики та лікування в повному обсязі, здійснення систематичного аналізу діяльності відповідних підрозділів, стан забезпечення медичною технікою, медикаментами.

Отже, необхідно оцінювати різні сторони лікувально-профілактичної діяльності за допомогою експертних оцінок. Для визначення якості застосовують такі показники діяльності закладів охорони здоров'я:

- ✓ частота ускладнень та загострень хвороби ;
- ✓ результати лікування (покращення, погіршення стану, без змін);
- ✓ летальність;
- ✓ первинний вихід на інвалідність;
- ✓ зміни в структурі диспансерних груп.

Складність проблеми оцінки якості та різноманітні підходи до її вирішення обумовили застосування різних методик. На Всеросійській конференції „Пацієнти та лікарі за якість медичної допомоги” (Санкт-Петербург, 1994) вказувалось, що оптимальна методика оцінки якості повинна відповідати таким вимогам:

- ✓ бути придатною для використання на будь-яких етапах надання медичної допомоги;
- ✓ зводити до мінімуму суб'єктивізм оцінки;
- ✓ відображати суть лікарської діяльності та визначати типові помилки лікарів;
- ✓ надавати можливість кількісної оцінки якості;
- ✓ визначати раціональність використання медичним закладом або лікарем існуючих ресурсів.

У практиці охорони здоров'я застосовують різні методики оцінки діяльності лікувально-профілактичних закладів. Одна з них базується на використанні моделей кінцевих результатів діяльності (МКР), вона була розроблена та апробована в Російській Федерації (Кемеровська область, Санкт-Петербург) і застосовувалась в Україні.

Модель кінцевих результатів (МКР) – це узагальнений якісний показник, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікувально-профілактичного закладу.

Вона включає:

- показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД);
- нормативні значення (НЗ) показників;
- шкалу оцінки досягнутих результатів.

Показники результативності (ПР) - максимально відображають кінцевий результат (розповсюдженість окремих захворювань, смертність, відновлення працездатності, рівень якості лікування та ін.). Ними можна визначити ступінь досягнення цілей колективом і виконання основних функцій шляхом визначення ступеня відповідності реально досягнутих значень ПР до запланованих нормативних.

Нормативив становлюють з урахуванням:

- багаторічної динаміки показників у місті, регіоні, області;
- середнього рівня;
- темпів передбачуваних змін показника в результаті виконання відповідних організаційних і лікувально-профілактичних заходів.

Бажано, щоб норматив не менше ніж на 5 % перевищував найкращий попередній рівень. Це потребує значних зусиль і суттєвого поліпшення якості медичної допомоги. За нормативи беруть похідні величини (відносні чи середні). Відхилення від нормативних значень дозволяє оцінити досягнутий результат у відносних одиницях.

Показники дефектів (ПД) нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю (наприклад: наявність занедбаних випадків соціально-значущих захворювань; випадків раптової смерті осіб, які не знаходилися під спостереженням лікарів; обгрунтовані скарги та ін.). Враховуються грубі порушення в роботі установ. ПД вимірюють у відносних і абсолютних величинах.

Показники результативності та дефектів підбирають з урахуванням специфіки закладів.

Для кожного ПР експертним шляхом встановлюється оцінка досягнення нормативного значення від 1 до 10 балів, яка визначає відносну важливість його серед інших.

Обсяг діагностичних і лікувально-оздоровчих заходів, а також вимоги до стану пролікованого хворого, є складовими частинами стандарту якості.

Стандарт якості розробляється:

- для кожної стаціонарної клініко-статистичної групи (СКСТГ), яка є одночасно і груповою одиницею взаєморозрахунків при медичному страхуванні;
- для кожної нозологічної форми з урахуванням ступеня важкості супутніх захворювань (при лікуванні в поліклініці).

Відповідність складових частин комплексу діагностичних, лікувально-оздоровчих, реабілітаційних заходів, що проведені хворому, та стану його здоров'я критеріям, що передбачені стандартами якості, оцінюється насамперед у самому лікувально-профілактичному закладі.

Взагалі система контролю якості передбачає оцінку кінцевого результату діяльності на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Міжнародні експерти визначають чотири основні категорії якості медичної допомоги: ефективна і сучасна медична допомога, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів, результативність лікування. Управління якістю містить наступні компоненти: оцінку і контроль, постійне поліпшення, забезпечення якості. Факти низької якості медичної допомоги відмічені у всіх країнах світу, разом з тим, низька якість найбільш характерна для країн з перехідною економікою. Концептуальним підходом ВООЗ є твердження, що більшість причин низької якості пов'язана з недоліками системи організації медичної допомоги, а не з окремими постачальниками послуг або медичними виробами [7,25].

В останні роки, зі зміною соціально-політичної орієнтації суспільства, трансформацією в систему охорони здоров'я ринкових принципів і

механізмів, швидкими темпами формувалася законодавчо-нормативна база системи забезпечення якості медичної допомоги.

Досягнення прийняттого для суспільства рівня охорони здоров'я та гарантій якості медичного забезпечення можливе в умовах реалізації інтенсивного розвитку системи, оскільки екстенсивний напрям вичерпав свої можливості.

В Україні приділяється значна увага перетворенням, спрямованим на поліпшення якості медичної допомоги. На нинішньому етапі розвитку охорони здоров'я концептуальні положення системи забезпечення якості медичної допомоги ґрунтуються на впровадженні державної акредитації закладів охорони здоров'я та їх ліцензуванні, використанні стандарту медичних технологій стаціонарної допомоги дорослому і дитячому населенню України та їх подальшому розвитку й удосконаленню; застосуванні інформаційних технологій; організаторів науково-методичного забезпечення з проблеми гарантії якості медичної допомоги для медичних працівників, організаторів охорони здоров'я тощо.

Забезпечення якості медичної допомоги — це система, яка постійно розвивається й удосконалюється. Ще одним якісно новим рівнем її розвитку є впровадження в закладах охорони здоров'я системи якості, яка відповідає міжнародним стандартам ISO серії 9000. Стандарт є добровільним для використання в Україні, дія його поширюється на заклади, підприємства, організації, в тому числі й ті, що надають медичні послуги, незалежно від форми власності.

Розроблений порядок управління і контролю якості (2009), який являє собою вертикально організовану функціонально-структурну систему, що включає всі рівні управління - від міністерства охорони здоров'я до окремих лікувальних закладів. Відповідно до Програми економічних реформ на 2010-2014 рр.. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна

держава» затверджена «Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2020 року»[20].

Про важливість наукового пошуку у сфері управління якістю медичної допомоги як системою, свідчать численні наукові праці українських авторів, проте, слід зазначити, що теоретичні та практичні аспекти управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України досліджені недостатньо.

Аналіз літературних джерел показав, що під якістю лікування розуміють ступінь відповідності заходів лікувального процесу чинним медичним стандартам, пристосованість до проблем пацієнтів, раціональне використання коштів та досягнення відповідних результатів [2].

Новим концептуальним підходом до забезпечення якості медичної допомоги зарубіжні дослідники вважають широке використання принципу тотального менеджменту, що дало змогу забезпечити ефективні на сьогодні реформи медичної галузі в США, Великобританії, Фінляндії, Швеції, Іспанії, Італії та більшості країн Центральної Європи [26,29].

Безперервне підвищення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід до покращання якості, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, шляхом постійної модифікації і вдосконалення самої системи, а не шляхом виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам. Загальною практикою в розвинених національних системах охорони здоров'я є вимірювання якості медичної допомоги за допомогою індикаторів.

Мета запровадження клінічних індикаторів якості :

- безперервне поліпшення якості медичної допомоги, скорочення небажаних змін якості в сфері медичного обслуговування;
- допомога в прийнятті рішень з медичної практики ;
- запобігання непотрібним клінічним заходам та непотрібним витратам;

- забезпечення об'єктивної і кількісної оцінки клінічної ефективності і рентабельності медичної допомоги;
- обґрунтування ефективного використання ресурсів з урахуванням очікувань пацієнтів;
- сприяння внутрішньому управлінню якістю ЗОЗ та зовнішній гарантії якості управління охорони здоров'я;
- оцінка досягнення рівня медичної допомоги, визначеного стандартом, протоколом медичної допомоги;

Існують суттєві розбіжності в наборах індикаторів, які обчислюються в різних країнах та проектах, в методах збору інформації та навіть в термінології. Тим не менше, аналіз досвіду з обчислення та використання індикаторів якості медичної допомоги в таких організаціях, як NHS (*National Health Service*, Велика Британія), NCHOD (*National Centre for Health Outcomes Development*, Велика Британія), OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development*, міжнародна організація), AHRQ (*The Agency for Healthcare Research and Quality*, США), NCQA (*National Committee for Quality Assurance*, США) та ін. [10 — 16] дозволяє виявити та сформулювати деякі спільні риси, характерні для сучасних систем вимірювання якості медичної допомоги:

- ✓ Вимірювання якості медичної допомоги в таких країнах, як Велика Британія, Сполучені Штати Америки, Канада, Австралія, країни Європейської Співдружності та ін., ведеться систематично потужними підрозділами державних служб охорони здоров'я, неурядовими і навіть міжнародними організаціями.
- ✓ Індикатори базуються на даних. Головні зусилля систем вимірювання якості спрямовані не тільки на обчислення та аналіз значень індикаторів, а й насамперед – на отримання надійних та якісних первинних даних, придатних для подальшого аналізу та порівняння. В описі індикаторів значне місце відводиться опису первинних даних: медичних форм та документів, баз даних, статистичної інформації тощо, та аналізу рівня

забезпечення належної якості даних [10 — 12, 15]. Деталізуються механізми отримання інформації, технології обрахунку значень та інша інформація, яка дозволяє користувачу сформулювати власну думку про ступінь надійності наведених цифр, та, при необхідності, виконати обрахунки з використанням власних даних та отримати значення індикаторів для оцінки та порівняння власної практики з іншими. В багатьох ресурсах, таких як щорічні публікації серії „*Clinical Indicators*” від *NHS Quality Improvement Scotland clinical indicators work programme*[12] та ін. опису джерел та аналізу якості даних, які використовуються при обчисленні індикаторів, відводиться більше половини загального обсягу публікації. Важливим джерелом інформації в сучасних умовах є автоматизовані бази медичних даних. Тому методи їх автоматизованої обробки та видобування інформації (*datamining*) широко використовуються для отримання індикаторів якості медичної допомоги. Там, де в теперішній час немає якісних та придатних до подальшої обробки даних – відповідно немає й індикаторів, але розробляються заходи для отримання достовірної інформації в майбутньому.

- ✓ Всі ці системи при оприлюдненні результатів жорстко та однозначно застерігають від неадекватного та некомпетентного використання отриманої інформації. Наголошується, що „отримані результати не можуть бути використані для прямого порівняння регіональних служб охорони здоров'я або окремих закладів”, „значення показника не можуть бути ціллю” тощо. Обов'язково вказуються та аналізуються можливі причини відмінностей значень індикаторів, не пов'язані з відмінностями в якості медичної допомоги (насамперед, відмінності складу хворих; можливі недоліки реєстрації первинної інформації; статистичні похибки, викликані малою кількістю спостережень тощо). Підкреслюється, що мета створення таких систем та обчислення індикаторів якості медичної

допомоги – не створення „турнірних таблиць”, а виявлення можливих проблем та сфер, де доцільно провести спеціальні дослідження щодо можливості вдосконалення якості.

- ✓ Індикатори якості медичної допомоги відносяться до структури, процесу або результату медичної допомоги. Індикатори результату, такі, як, наприклад, виживаність хворих, природно користуються найбільшим попитом серед всіх категорій користувачів, але кількість таких індикаторів та ситуацій, в яких можливе їх отримання та адекватне використання, є досить обмеженою. Серед індикаторів структури та процесу перевага надається таким, для яких існують докази щодо впливу чинників, які висвітлюються, на результат надання медичної допомоги. Для індикаторів якості медичної допомоги передбачається їх відповідність засадам доказової медицини та узгодженість з клінічними настановами та стандартами медичної допомоги.

Слід зауважити, що процес безперервного управління якістю медичної допомоги потребує збирання інформації не для безпосередньої оцінки та порівняння діяльності закладів та регіональних управлінь охорони здоров'я, а для подальшого аналізу та виявлення можливостей та шляхів покращення якості. Саме тому індикатори якості зазвичай відповідають певним ключовим характеристикам медичних технологій, їх матеріально-технічного та кадрового забезпечення, які не є "цільовою функцією" системи охорони здоров'я, але піддаються безпосередньому корегуванню за допомогою управлінських рішень.

Засади безперервного покращення якості можна викласти у наступних положеннях :

- 1) більша частка проблем якості медичного обслуговування пов'язана не з невдачами окремих співробітників, а обумовлена недоліками системи охорони здоров'я,

2) зусилля щодо удосконалення системи повинні бути спрямовані не на потреби медичних закладів, а, перш за все, на потреби пацієнтів.

Сучасні підходи до управління якістю медичної допомоги можуть бути реалізовані через вплив його на складові його забезпечення шляхом ліцензування і акредитації, запровадження стандартів лікувального процесу та визначення задоволеності пацієнтів медичною допомогою [24].

Головною метою діяльності окремого медичного закладу є надання якісної і безпечної медичної допомоги населенню, яка визначається відповідністю наданих медичних послуг до сучасного уявлення про необхідний їх рівень і обсяг для певного виду патології, з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і рівня медичного закладу [27].

Для реалізації програм забезпечення якості медичної допомоги серед основних компонентів до яких належать – технічна якість, використання наявних ресурсів, контроль за ризиком для пацієнта, ВООЗ також рекомендує враховувати ступінь задоволеності пацієнта і населення отриманою медичною допомогою. Вивчення цього аспекту здійснюється за допомогою медико-соціологічного дослідження способом анкетування або інтерв'ювання респондентів; цей метод використовується як самостійно, так і в комплексі з іншими методами оцінки якості медичної допомоги. Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я підкреслюється важливість інформації, що одержана від населення, оскільки більше 200 регіональних показників «Здоров'я для всіх», погоджених з державами-членами у 1984 р., дозволили створити унікальну базу даних для співставлення різних стратегій у сфері охорони здоров'я. Крім того, пацієнти можуть отримати можливість для участі в оцінці якості медико-санітарної допомоги при наявності у них необхідної для цього інформації. Участь громад в прийнятті рішень стосовно здоров'я повинно бути забезпечено на всіх рівнях. Велика кількість груп самопомоги і організацій пацієнтів, що засновані, відіграють надзвичайно важливу роль у забезпеченні моніторингу якості медичних служб [16,28].

Накопичений досвід з цієї проблеми показав, що дані медико - соціологічних досліджень населення є інформативним показником для оцінки медичної допомоги, обґрунтування критеріїв якості та розробки рекомендацій щодо поліпшення діяльності лікувально-профілактичних установ та медичної допомоги в цілому [6].

Проведення такого дослідження вимагає розв'язання комплексу послідовних задач, серед яких - визначення проблеми, об'єкта та предмета дослідження, мети та задач. Здійснюються розрахунки генеральної сукупності і вибірки, розробки інструментарію дослідження (анкети) та збір інформації. Отримані результати підлягають статистичній обробці та аналізу [24] .

Достовірність характеризує ступінь адекватного відображення особливостей вивчених визначається соціальних явищ і процесів.

Стійкість – властивість інформації зберігати свою корисність протягом певного часу.

Репрезентативність характеризується тим ареалом, на який можуть поширюватись отримані результати соціологічного дослідження. Вважають , що достовірність, стійкість і репрезентативність є властивостями безперервного характеру. Тому можна встановити інтенсивність цих властивостей [23,25,27].

Слід зазначити, що критерій задоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою є достатньо інформативним і з позиції управління охороною здоров'я, оскільки віддзеркалює незалежну думку щодо конкретних і важливих з точки зору пацієнтів в організації лікувально-діагностичного процесу, що дає можливість керівництву оперативно приймати відповідні управлінські рішення [15].

Критерій задоволеності є:

- об'єктивним, оскільки він вільний від професійної упередженості або відомчої залежності;

- універсальним, тому, що здатний оцінювати діяльність і окремого лікаря, і закладу, і цілих ланок охорони здоров'я, з якими має справу пацієнт;
- багатоаспектним, бо він містить в собі показники, які характеризують організацію медичної допомоги, її доступність, якість лікувальних заходів, ефективність профілактичної роботи, етико-деонтологічну сторону професійної підготовки лікаря;
- і надзвичайно чутливим, оскільки має властивість миттєво реагувати майже на всі зміни у процесі надання медичної допомоги [14,29].

Розділ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота виконана у Сумському Державному Університеті на клінічній базі кафедри сімейної та соціальної медицини (керівник – директор Медичного інституту, доктор медичних наук, доцент Сміянов В.А.).

Дослідження проводилося впродовж 2014 – 2015 років серед пацієнтів стаціонарних відділень Сумської ЦРКЛ на основі клінічного аудиту. В опитуванні приймали участь 100 осіб, які проживають в Сумському районі.

Форма дослідження – опитування за допомогою закритої анкети за пропорційною вибіркою. Обробка анкет велася за допомогою комп'ютерної програми ОСА.

Ми використовували в анкетуванні закриті питання.

В основу дослідження покладено системний підхід, який дав змогу розглянути систему надання медичної допомоги як цілісний комплекс із взаємопов'язаними і взаємозалежними елементами. Для аналізу документальних та літературних джерел, вивчення рівня розробки проблеми застосовувалися історичний та логічний методи. Метод цільового соціологічного опитування використовувався для вивчення думки пацієнтів лікувально - профілактичної установи.

Для оцінки структури досліджуваного явища був використаний екстенсивний показник. Розрахунок проводили за формулою:

$$EP = \frac{\text{частина явища}}{\text{все явище}} \times 100 \%$$

Отримані дані відображали графічно за допомогою секторної діаграми.

Методи експертних оцінок та описового моделювання і узагальнення, а також прогностичний метод застосовувалися для формулювання висновків .

Розділ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Система охорони здоров'я України зазнає великих труднощів і, в першу чергу фінансового характеру, внаслідок економічної кризи. Тому, основною метою проведеного дослідження було визначення реального рівня якості і доступності медичної допомоги, що отримує населення. Нами проведено медико-соціологічне дослідження в той час, коли система населення в лікувально-профілактичному закладі Сумського району, виявлення найбільш болючих проблем у галузі, та шляхів виходу з кризового становища. Проблеми забезпечення якості та доступності медичної допомоги, питання реформування системи охорони здоров'я в Україні, матеріально-технічне оснащення галузі, етапність надання медичної допомоги, сфера професійної діяльності медичних працівників – ось основне коло питань, яке було розглянуто через призму даних соціологічного опитування.

Дослідження проводилося впродовж 2014 – 2015 років серед пацієнтів стаціонарних відділень Сумської ЦРКЛ на основі клінічного аудиту. В опитуванні приймали участь 100 осіб, які проживають в Сумському районі.

Форма дослідження – опитування за допомогою закритої анкети за пропорційною вибіркою. Обробка анкет велася за допомогою комп'ютерної програми ОСА.

Опитування пацієнтів стаціонарних відділень Сумської ЦРКЛ

Нами був проведений клінічний аудит 100 випадків госпіталізацій.

Чоловіків – 41 %, жінок – 59%.

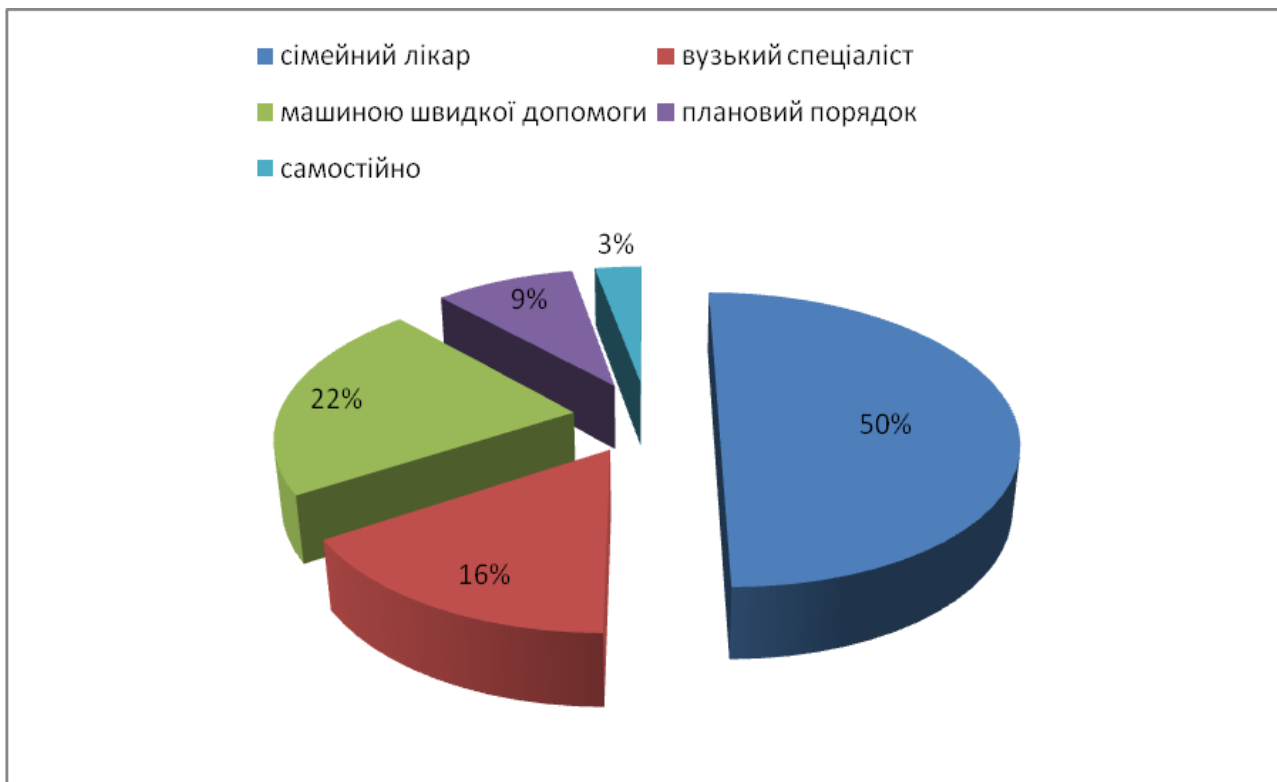
По рівню доходів аудиторія розподілилась: менше 2000 грн. на місяць – 82 %, більше 2000 грн. на місяць – 18 %.

Таблиця №1

Розподіл респондентів за віком

По віку	%
18-29 років	8
30-49 років	42
більше 50	50
	100

Результати дослідження свідчать, що 50 % опитаних госпіталізовані у відділення по направленню сімейного лікаря, дільничного терапевта, 16 % по направленню вузького фахівця з поліклініки за місцем проживання, 22% - машиною швидкої допомоги, 9 % – в плановому порядку, 3 % – самостійно. Значний відсоток самостійних госпіталізацій (без направлення лікаря) та госпіталізацій машиною швидкої допомоги підкреслює необхідність невідкладного налагодження етапності надання медичної допомоги, що безумовно повинно привести до оптимізації ліжкового фонду та концентрації фінансових ресурсів на розвитку первинної медико-санітарної допомоги.



Під час опитування респонденти мали можливість зазначити проблеми, які виникали під час госпіталізації.



Близько 91 % опитаних відмітили, що у приймальному відділенні вони перебували до 30 хв., 6 % хворих зазначили, що у приймальному відділенні вони перебували 1-2 год., 3% –3-4 год.

Результати дослідження свідчать про високий рівень ознайомлення пацієнтів із правилами перебування у стаціонарі та правами пацієнта. 97% опитаних відповіли позитивно на це питання. Більшість опитаних (75 %) умови перебування у лікарнях оцінюють як задовільні. Не задоволені умовами перебування – 1%, частково задоволені умовами перебування – 18%, затрудняються сказати – 6 %.

86% – респондентів зазначають, що після госпіталізації їх лікування розпочато протягом півгодини, тоді як 13% – через годину. Лише 1% скаржилися про те, що їх лікувати розпочали після 2-3 год. госпіталізації (Рис. 1).

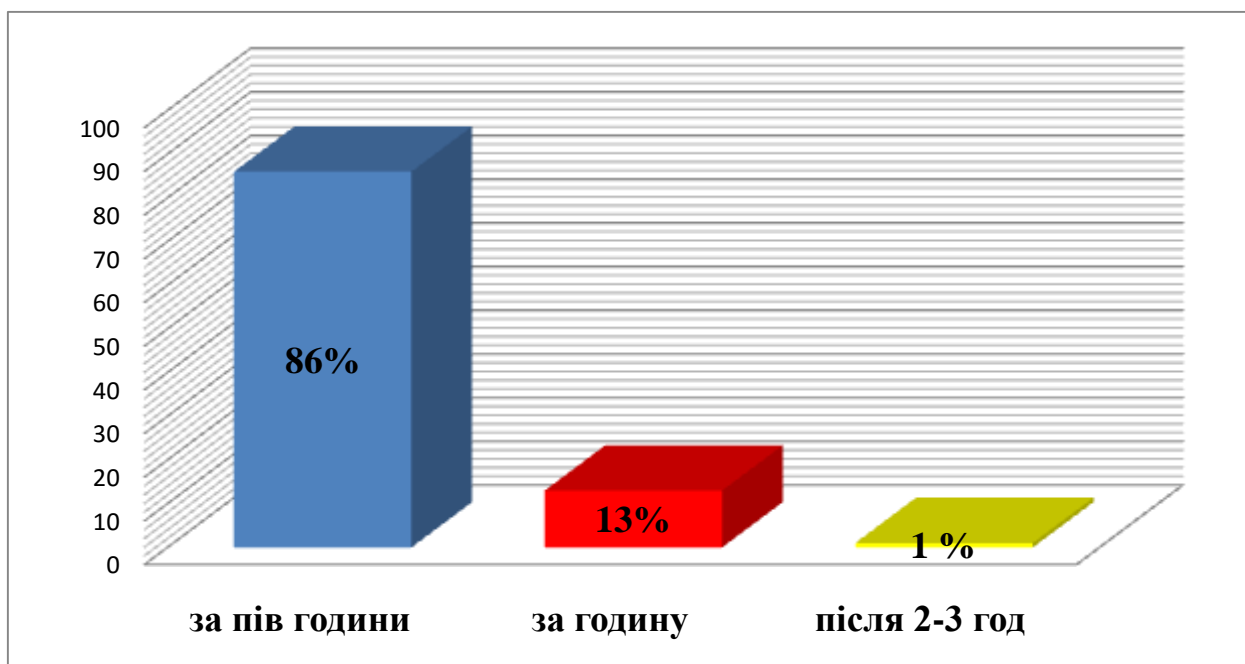


Рис. 2. Лікування розпочато

Більшість опитаних (62%) стверджують, що вони могли б приймати лікувальні процедури, які вони отримували у стаціонарі, знаходячись удома

або в умовах денного стаціонару, тоді як заперечили таку можливість 38 % опитаних.

Це твердження можна інтерпретувати з декількох точок зору: відсутність сучасного обладнання, медикаментів або госпіталізацію непрофільних хворих.

Результати опитування дозволяють також простежити особливості оцінки пацієнтами проінформованості про безпечність процедур, які їм надають у лікарнях. Так, 91% респондентів відповіли – так, повністю, 6% - в основному так, не змогли визначитися - 3% опитаних.

На запитання «Чи достатнє устаткування у лікарні?» 37% опитаних стверджують, що в лікарнях достатнє устаткування, заперечують цю тезу – 59% (Рис 2).

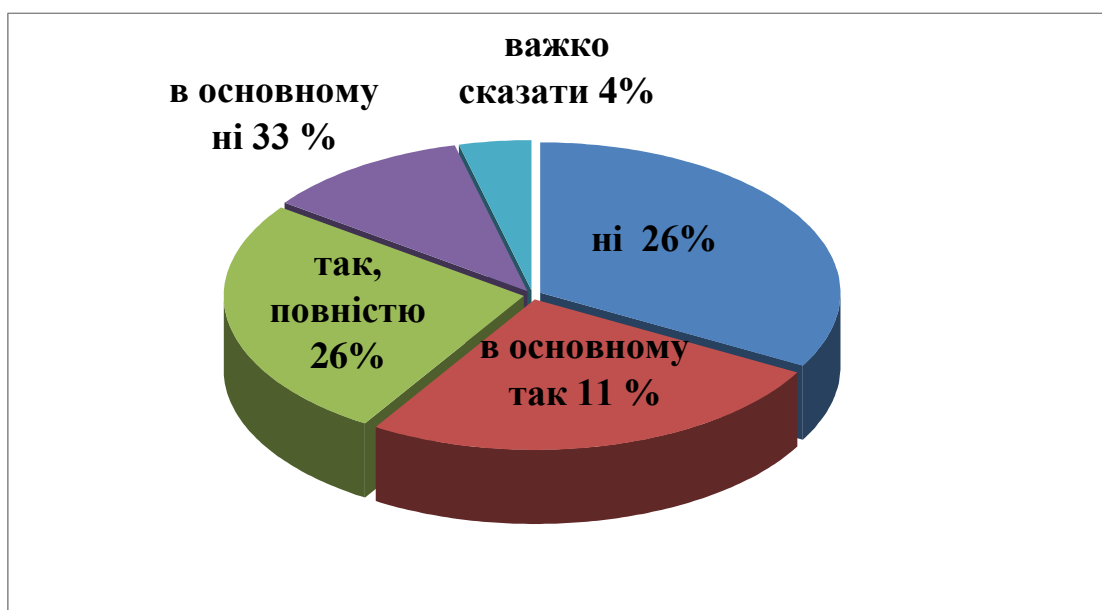


Рис. 3. Чи достатнє устаткування

Результати опитування дозволяють визначити і оцінку хворими власної поінформованості про хворобу та її профілактику. Так, більше 90% опитаних поінформовані стосовно власної хвороби, лікування та профілактику. З них

87% мають повну інформацію, 11% – достатню, оскільки зазначили позицію «скоріше так»,затрудняються відповісти – 2%.

Більшості респондентам (88%) не часто призначають пройти дослідження в іншому лікувальному закладі за власні кошти і лише 12% часто.

Результати дослідження свідчать про недостатній рівень забезпечення лікування мед. засобами, адже лише 3% стверджують, що вони повністю ними забезпечені, а 1% – в основному так, в основному ні – 20%, ні – 73%,затрудняються відповісти 3%. На курс лікування витрати до 1000 грн. – 40%, до 2000 грн. – 48 % , більше 2000 грн. – 12% .(Рис. 4).

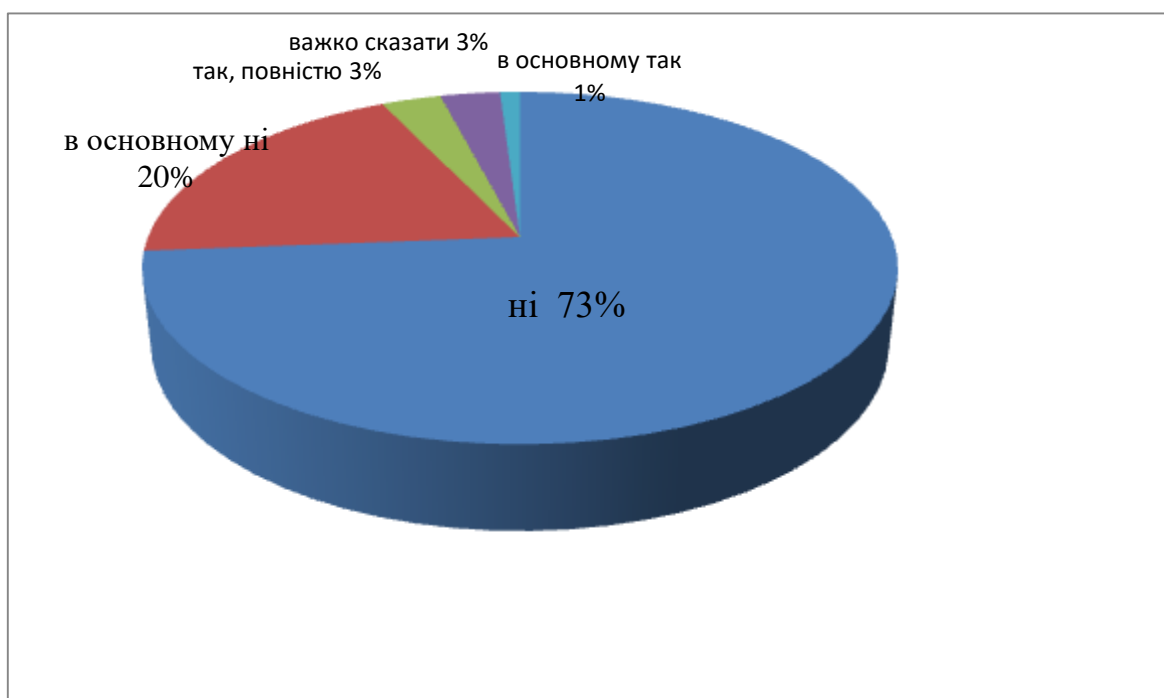


Рис. 4. Чи забезпечене лікування мед.засобами

Аналіз дослідження свідчить про високий рівень довіри до лікарів та задоволеністю роботи медичним персоналом. Так, роботою лікарів задоволені 94% опитаних , при цьому частково задоволені – 6%.

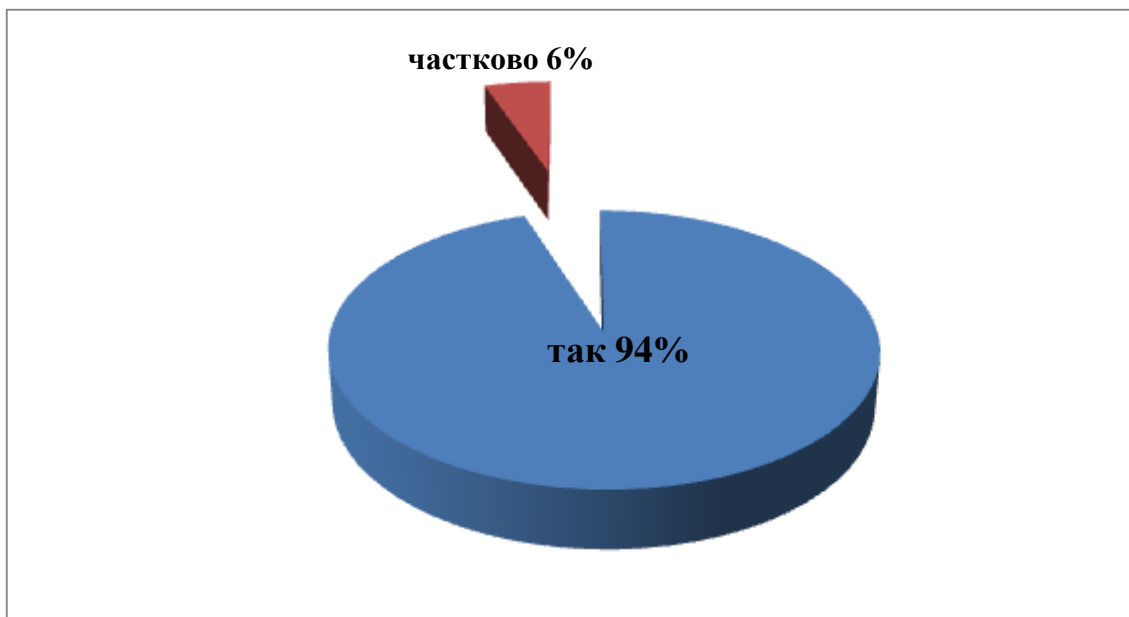


Рис. 5. Чи задоволені роботою мед.персоналу

Водночас з цим 96% опитаних пацієнтів вважають потрібними зміни в системі охорони здоров'я.

Щодо пропозицій з покращення організації охорони здоров'я, то були висловлені наступні побажання:

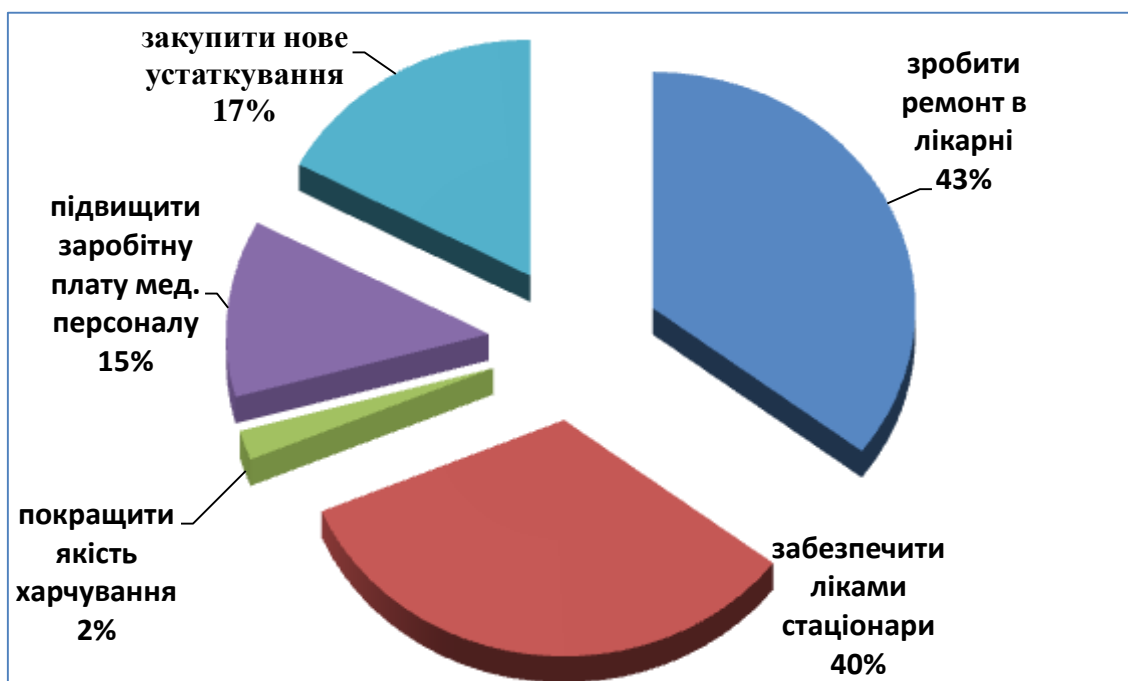


Рис. 6. Пропозиції з покращення організації охорони здоров'я

34% – закупити нове устаткування,

15% –зробити ремонт в лікарні з встановленням санвузлів в палатах,

43% – покращити забезпечення ліками стаціонари,

8% - підвищити заробітну плату медичному персоналу за якісну роботу.

ВИСНОВКИ

1. За результатами проведених досліджень можна зробити загальний висновок, що в цілому населення Сумського району позитивно висловлюється щодо сучасного рівня надання медичних послуг. Практично всі опитані задоволені роботою медперсоналу, вважають свого лікаря високопрофесійним спеціалістом, переважна більшість послуг, щодо діагностичних досліджень, оцінюють як доступні.

2. Отримані результати досліджень підтверджують обґрунтованість напрямків реформ у системі охорони здоров'я:

- необхідності зміцнення та розвитку первинної ланки медико-санітарної допомоги, де отримують медичну допомогу до 80 % населення;
- необхідності невідкладного налагодження етапності надання медичної допомоги;
- забезпечити більш ефективне використання ліжкового фонду.

3. Покращення медичної допомоги на рівні стаціонарних відділень СЦРКЛ можливе на основі організаційних змін в технологічному процесі роботи структурних підрозділів без залучення додаткових коштів.

4. Впровадження змін в системі охорони здоров'я необхідно супроводжувати широкою роз'яснювальною роботою щодо напрямків та засобів покращення якості медичних послуг.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати на рівні закладу охорони здоров'я:

- застосовувати в процесі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я такий інструмент як моніторинг думки хворих та медичних працівників;

- формувати у закладі охорони здоров'я середовище, сприятливе до процесів покращання якості медичної допомоги, за допомогою побудови системи морального та матеріального заохочення персоналу до безперервного підвищення якості медичного обслуговування;

- запровадити систему навчання медичного персоналу щодо принципів, механізмів та процесів підвищення якості медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Богомаз В.М.* Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування//Український медичний часопис: Наук.- практи. Загально медичний журн. - 2006. –№ 1. - С. 104-108.
2. Бондар В. П. Концепція розвитку аудиту в Україні: теорія, методологія, організація:[монографія]/В.П.Бондар. Житомир. держ. технол. ун-т.- Житомир:ЖДТУ,2008. - 454 с.;
3. *Боярский А.П., Чернова Т.В.* Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качества медицинской помощи // Здравоохранение Российской Федерации. – 1993. - № 7. – С. 5-7.
4. Бідний В.Г. Проблеми і шляхи розвитку медичної допомоги в Україні. – К.:За друга,2001.
5. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2/2001.(66-70с.);
6. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів / Ю.В. Вороненко, А.М.Сердюк, О.П. Мінцер [та ін.]. // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – №1. – С. 37- 41.;
7. *Вуори Х.В.* Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с
8. *Гайдаєв Ю.О., Коваленко В.М., Корнацький В.М.* Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги: Аналітично-статистичний посібник. – К., - 97 с.
9. *Галанова Г.И.* К вопросу о качестве оказания медицинской помощи населению // Экономика здравоохранения. – 1999. - № 5-6. – С. 40 – 41.
- 10.Гойда Н.Г., Горачук В.В. Медико-соціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги / Тези доповідей конференції з

- міжнародною участю «Медична та біологічна інформатика та кібернетика :віхи розвитку».–Київ.–2011. – С. 27.;
- 11.ГорачукВ.В.Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія / В.В. Горачук . – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. - С. 18-23.;
 - 12.Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.-311с.;
 - 13.Гришин В.В., Кисельов А.А., Кардашев В.Л., та інших. Контроль якості подання медичної допомоги у умовах медичного страхування провідних країн світу. М., 2005 р., з. 62.;
 - 14.Дослідження задоволеності пацієнтів сімейною медициною (міська клінічна лікарня № 1 м. Львова). Виконано на замовлення Здравреформ. – Львів, 1996. – 36 с.
 - 15.Дюкарева А.М., Григорьева Т.А., Ильченко О.Ю., Кузнецова Т.Н. Врачи и население о реформировании здравоохранения (по данным социологического исследования) // Проблемы социальной медицины и история медицины. – 1977. - № 2. – С. 36 – 39.
 - 16.Дяченка В. Г., Капітоненко Н.А., Пудовкіна Н.А., Потылицына Л.К. Система контролю за якістю медичної допомоги. // Ж. Медичне страхування. 2006 р., № 1-2 (13-14), з. 47-51.;
 - 17.Железняк Е.С., Вишняков Н.И., Петрова Н.Г., Пенюгина Е.Н. Мнение пациентов как важное направление улучшения системы обеспечения качества медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице // Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. - № 5. – С. 39 – 41.
 - 18.Здоровье – 21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1999. – 310 с.
 - 19.Заков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги» / О.Л. Зюков //Охорона здоров'я України. — 2007. — № 3–4. – С. 54–59.;

- 20.Короленко Є. Реалії системи охорони здоров'я України й шляхи її розвитку
Медична газета України – 1997 – Лютий №5;
- 21.Крячкова Л.В., Медведєв М.В. Роль досліджень реальних витрат населення у
секторі охорони здоров'я для подальшого реформування галузі // Матеріали
науково-практичної конференції «Організація та управління системою
охорони здоров'я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі
реформування галузі». – Житомир, 1999. – С. 80.
- 22.Лисицин Ю.П., Отдельнова К.А. До питання критеріях якості
медичної допомоги. // Ж. Охорона здоров'я.;
- 23.Літвак А.В., Погорілий В., Тишук М. Тіньова економіка та майбутнє
медицини в Україні // Всеукраїнське лікарське товариство, Одеська крайова
організація. – 2000. – 96 с.
- 24.Лехан В.М. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної
допомоги вторинного рівня .Лехан В.М., Крячкова Л.В.,
Волчек В.В.//Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. –
Т.2, № 2. – С. 44-52.
- 25.Лехан В.М. Стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні//Главний
врач. – 2005;
- 26.Лисицин Ю.П., Отдельнова К.А. До питання критеріях якості
медичної допомоги. // Ж. Охорона здоров'я.;
- 27.Матеріали Проекту ЄС «Сприяння реформів вторинної медичної допомоги в
Україні ». - NHSQIS, 2005. - ISBN 1-84404-340.;
- 28.Москаленко В.Ф.. Діяльність системи охорони здоров'я за 2000 рік: завдання
щодо подальшого її розвитку та підвищення рівня здоров'я населення
України // Доповідь на підсумковій колегії МОЗ України 12.02.2001 р. //
Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2001. - № 2. – С.
167-173.
- 29.Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблема якості в Україні //
«Абетка-НОВА».Кам'янець –Подільський. – С. 105- 121.

30. *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».
31. *Норманд Чарльз*. Коментарий: десять распространённых заблуждений относительно экономики здравоохранения. – Материалы EASTNET. – ЕРБ ВОЗ, 1999. – 8 с.
32. *Основні* соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 200 році. – Держкомстат, Статистичний бюлетень (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України)ю – К., 2000. – 51 с.
33. *Про затвердження* Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша): наказ МОЗ України та АМН України від 19.03.2009 р. № 102/18.
34. *Про затвердження* Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга): наказ МОЗ України та АМН України від 03.11.2009 р. № 795/75.
35. *Програма* економічних реформ на 2019 – 2014 роки. Комітет з економічних реформ при Президентові України. – 02ю06ю2010 р. – с. 21 - 25.
36. *Радиш Я.Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування // Передмова за заг. Ред.. проф.. Н.Р.Нижник. – К.: Вид-во УАДУ, 2001.- 301с.
37. *Рогачев Г.И.* Проблемы амбулаторно-поликлинической помощи населению // Здравоохранение Российской Федерации. – 1992. - № 7. – С. 5-8.
38. *Сафонов О.Г., Логінова Е.А.* Стационарна медична допомога (основи організації). М., 2003 р., з. 180-196.;
39. *Скоромец Н.М., Чернова Т.В., Ефимов П.В., Бородина З.И.* Результаты анкетирования пациентов врача общей практики // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. - № 3. – С. 20-21.

40. *Степаненко А.В.* Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації: Автореферат. д.м.н: 14.02.03.-
Здравоохранение Российской Федерации Защищено
01.02.01.Нац.мед.університет ім. О.О.Богомольця.-Київ,2001.-С.42-46
41. *Степаненко А.В., Морозов А.М.* Соціологічні дослідження в системі акредитації закладів охорони здоров'я // Вісник наукових досліджень. – 2000. - № 3 – С. 106-107.
42. *Степаненко А.В., Зброжек С.І., Донченко Т.М.* Якість надання медичної допомоги як один із напрямків соціальної політики в Україні // Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я: Щорічна доповідь, 2000 р. - // За ред. В.Ф.Москаленка. – К., 2001. – С. 217-220.
43. *Світовий досвід управління якістю.* Огляд матеріалів. –К., 1999. – 127 с.
44. *Трегубов Ю.Г., Дмитриева Р.В., Андреева О.В., Рытвинский С.С.* О современных проблемах совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению //Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. - № 2. – С.29 – 32.
45. *Хансен Д., Кук Д.* Відновлення зростання на засадах справедливості: Меморандум про економічний розвиток України. – Washington,D.C., 1999. – 20 с
46. *Donabedian A.* Criteria, Norms and Standards of Quality: what do they mean? // Amer. J. Publ. Health. – 1981. – Vol. 200. – P. 409 - 412.

Додаток

Просимо Вас відповісти на питання анкети. Анкета анонімна і інформація буде використана виключно в узагальненому вигляді. Заздалегідь вдячні за порозуміння та Ваші щирі відповіді.

1. Ви госпіталізовані у відділення:

- 1) По направленню сімейного лікаря, дільничного терапевта, педіатра;
- 2) по направленню вузького фахівця з поліклініки за місцем проживання;
- 3) самостійно;
- 4) машиною швидкої допомоги;
- 5) в ургентному порядку ;
- 6) в плановому порядку ;
- 7) інше (вказати) _____

2. Мали Ви якісь проблеми при госпіталізації?

- 1) лікарі не давали направлення на госпіталізацію;
- 2) була черга на госпіталізацію (скільки днів) _____
- 3) обстеження перед госпіталізацією займає багато часу;
- 4) інше (вказати) _____

3. Скільки часу Ви знаходились у приймальному відділенні ?

- 1) до 30 хв;
- 2) 1-2 год ;
- 3) 3 - 4 год;
- 4) більше;

4. Чи ознайомлені Ви з правилами перебування у стаціонарі ?

- 1) так ;
- 2) ні;
- 3) частково

5. Чи задоволені Ви умовами перебування у стаціонарі ?

- 1) так

- 2) ні;
- 3) частково;
- 4) важко сказати;

6. Якщо ні, то що б Ви оцінили в них як негативне ?

- 1) відсутність гарячої води ;
- 2) незадовільне освітлення ;
- 3) недостатнє опалення;
- 4) відсутність умов для особистої гігієни ;
- 5) низька якість прибирання приміщень;
- 6) велика кількість хворих в палаті ;
- 7) незадовільне харчування;
- 8) інші причини _____

7. Лікування з моменту госпіталізації у відділенні розпочато?

- 1) до 30 хв ;
- 2) до 60 хв ;
- 3) 2-3 год;
- 4) 3- 4 год;
- 5) більше 5 год;
- 6) інше _____

8. При відсутності вільних місць в стаціонарі районної лікарні, Ви згодні лікуватись в дільничній лікарні ?

- 1) так;
- 2) ні ;

9. Вас проінформували про безпечність маніпуляцій та процедур що проводяться в лікарні ?

- 1) так, повністю ;
- 2) в основному так ;
- 3) в основному ні;
- 4) ні;

5) важко сказати.

10. Чи вважаєте Ви достатнім забезпечення лікарні медичним устаткуванням ?

- 1) так, повністю ;
- 2) в основному так;
- 3) в основному ні ;
- 4) ні;
- 5) важко сказати.

11. Чи повну інформацію про Вашу хворобу, лікування та профілактику надали Вам у лікарні ?

- 1) так ;
- 2) скоріше так ;
- 3) ні;
- 4) скоріше ні;
- 5) важко сказати.

12. Чи часто Вам призначають пройти дослідження в іншому лікувальному закладі за власні кошти ?

- 1) так ;
- 2) ні ;

13. Чи забезпечується Ваше лікування необхідним ліками та медичними засобами ?

- 1) так, повністю ;
- 2) в основному так;
- 3) в основному ні;
- 4) ні;
- 5) важко сказати;

14. Чи задоволені Ви роботою медичного персоналу ?

- 1) так ;
- 2) ні;

- 3) частково ;
- 4) важко сказати;

15. Якщо «ні», то це стосується:

- 1) лікарів;
- 2) медичних сестер;
- 3) молодшого медичного персоналу.

16. Що у роботі медичного персоналу найчастіше викликає Ваше невдоволення ?

- 1) неухважність медичного персоналу;
- 2) грубість;
- 3) байдужість медичного персоналу;
- 4) конфліктні ситуації з медичним персоналом;
- 5) інше(вказіть) _____

17. Чи задоволені Ви якістю медичної допомоги, що надається в стаціонарі ?

- 1) так, цілком;
- 2) скоріше задоволений ;
- 3) важко сказати;
- 4) скоріше не задоволений;
- 5) зовсім не задоволений.

18. Чи доводилося Вам оплачувати в лікарні призначені медичні процедури?

- 1) так, які саме
- 2) ні

19. Ваші побажання по підвищенню якості надання медичної допомоги?

- 1) придбати нове обладнання ;
- 2) зробити ремонт в лікарні з встановленням санвузлів в палатах;
- 3) забезпечити ліками стаціонари;
- 4) покращити якість харчування;

- 5) підвищити заробітну плату медичному персоналу за якісну роботу;
- 6) інше.

20. Ваш вік?

- 1) 18-29 років;
- 2) 30-50 років;
- 3) старше 50 років.

21. Стать?

- 1) чоловіча;
- 2) жіноча.

22. Ваш середній дохід?

- 1) менше 2000 грн;
- 2) більше 2000 грн.

23. Яку суму грошей Ви витратили на купівлю ліків на курс лікування в лікарні?

- 1) до 1000 грн;
- 2) до 2000 грн;
- 3) більше 2000 грн.