

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”
завідувачка кафедри
_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**«Підвищення якості надання послуг у сфері охорони
здоров'я»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента гр. УЗ-МЗ.91с _____ Нікітіної Олени Григорівни

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ Нікітіна Олена Григорівна

Наукові керівники: д.м.н., проф. Сміянов В.А.
к.е.н., Бондар Т.В.

Суми 2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

_____ 20 ____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

студенту групи УЗ-МЗ.91с

Нікітіній Олені Григорівні

1. Тема роботи Підвищення якості надання послуг у сфері охорони здоров'я затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20 ____ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи 5.12.2020
3. Мета кваліфікаційної роботи: обґрунтувати, модель системи управління якістю медичної допомоги в медичному центрі «Мед-Союз»
4. Об'єкт дослідження: система управління наданням послуг у сфері охорони здоров'я
5. Предмет дослідження: взаємозв'язки та відносини у системі забезпечення якості медичної допомоги
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, звітність підприємства.
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Система контролю якості медичної допомоги	20.10.2020
II	Теоретичні принципи управління якістю медичних послуг	20.11.2020
III	Прикладні аспекти управління якістю медичними послугами	5.12.2020

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити систему контролю якості медичної допомоги та систематизувати теоретичні підходи до управління якістю медичних послуг

У розділі 2 студент має провести аналіз медичного закладу «Медсоюз» та систематизувати науково-методичні підходи до управління якістю медичних послуг.

У розділі 3 студент має запропонувати шляхи удосконалення управління якістю медичних послуг у медичному закладі «Медсоюз».

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Бондар Т.В.

Завдання до виконання одержав

(підпис)

Нікітіна О.Г.

АНОТАЦІЯ

У роботі представлено теоретичне узагальнення та нове вирішення проблеми шляхом медичного та соціального обґрунтування перспективної багаторівневої моделі системи управління якістю охорони здоров'я в Україні, розробленої на основі інтегрованої моделі управління якістю, інтегровані принципи управління якістю, стандарти системи управління якістю, досвід та результати власних досліджень, впровадження якого продемонструвало його медичну, соціальну та економічну ефективність.

Запропоновано розробку та впровадження перспективної багаторівневої моделі системи управління якістю в охороні здоров'я на основі положень політичних документів ВООЗ щодо систем управління охороною здоров'я.

Ключові слова: медичні послуги, якість медичної допомоги, клінічні показники якості, критерії якості, система управління якістю.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 27 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 33 с., у тому числі 2 таблицю, 3 рисунки, список використаних джерел – 3 сторінки.

Актуальність. Актуальність дослідження значно підсилюється конкретними заходами, які вживає Україна на шляху до європейської інтеграції, що вимагає застосування міжнародних стандартів у всіх сферах громадської діяльності. Зокрема, стандарти систем управління якістю визначають вимоги та рекомендації щодо процесів управління як частини загальної системи управління компанією та мають позитивний досвід їх використання в системах охорони здоров'я. Здоров'я промислово розвинених країн.

Метою роботи є обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги в медичному центрі «Мед-Союз».

Відповідно до поставленої нами мети були вирішені такі *задачі*:

- визначити роль держави в охороні здоров'я і розкрити сутність акредитації;
- розглянути об'єкт дослідження – медичний центр «Мед-Союз»: його організаційну структуру, результати діяльності, виконання кошторису видатків;
- дослідити процес акредитації лікувально-профілактичного закладу;
- систематизувати критерії якості надання медичних послуг та проаналізувати існуючі системи управління якістю медичних послуг;
- проаналізувати якість послуг медичного закладу «Мед-Союз» та обґрунтувати шляхи їх удосконалення.

Предметом дослідження є взаємозв'язки та відносини у системі забезпечення якості медичної допомоги.

Об'єктом дослідження є система управління наданням послуг у сфері

охорони здоров'я.

Методи дослідження. Системний підхід та системний аналіз – проведення всебічного дослідження певних об'єктів, процесів, систем у їхніх зовнішніх та внутрішніх взаємозв'язках, а також визначення підходів для виявлення та аналізу проблем та розробки рішень. Процесний підхід – вивчення всіх видів діяльності, що відбуваються в системі для забезпечення якості охорони здоров'я, та розробка системи управління якістю охорони здоров'я.

Наукова новизна. Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

уперше: багаторівнева модель вітчизняної перспективної системи управління якістю в медичній допомозі, на відміну від існуючої системи забезпечення якості в системі охорони здоров'я, є науково обґрунтованою.

удосконалено:

- система стандартів охорони здоров'я на галузевому рівні, адаптована до міжнародних стандартів систем управління якістю в Україні.

- планування якісної медичної допомоги на всіх рівнях галузевого управління;

- формування організаційної структури, пристосованої до реалізації завдань у галузі якості;

- організація інформаційного забезпечення прийняття управлінських рішень для постійного підвищення якості медичних послуг.

Ключові слова: медичні послуги, якість медичної допомоги, клінічні показники якості, критерії якості, система управління якістю.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	8
ВСТУП	9
РОЗДІЛ I СИСТЕМА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	11
1.1 Система контролю якості медичної допомоги в Україні	11
1.2 Показники якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я.....	12
1.3 Розробка надійних та порівняльних клінічних показників якості та перспективних напрямків розвитку системи показників в Україні.....	15
РОЗДІЛ II ТЕОРЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	18
2.1 Загальні методи вимірювання характеру та якості медичних послуг.....	18
2.2 Системи управління якістю медичних послуг	21
2.3 Загальна характеристика та аналіз показників роботи медичного центру «Мед-Союз».....	23
РОЗДІЛ III ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ.....	26
3.1 Управління якістю як можливість виявлення та вирішення проблем.....	26
3.2 Критерії оцінки якості медичних послуг.....	27
3.3 Аналіз проблем та напрями удосконалення медичного закладу «Мед-Союз».....	30
ВИСНОВКИ	32
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	34

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДСТУ – Державний стандарт України

КЛПЗ – Комунальний лікувально-профілактичний заклад

КМУ – Кабінет Міністрів України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НМАПО – Національна медична академія післядипломної освіти

ОДА – Обласна Державна адміністрація

рр. – роки

с. – сторінка

СНІД – Синдром набутого імунодефіциту

США – Сполучені Штати Америки

УКПМД – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

УОЗ – Управління охороною здоров'я ЦРЛ – центральна районна лікарня

ISO – International Organization for Standardization

IWA – International Workshop Agreement

PEST-аналіз: P – political, E – economic, S – social, T – technological

SWOT-аналіз: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

ВСТУП

Інтеграція України до Європейського Співтовариства сприяє реформуванню соціального сектору, включаючи охорону здоров'я. Це пов'язано з невідповідністю існуючого рівня медичних послуг вимогам, які застосовуються до цих послуг у ринкових умовах.

Відсутність належного фінансування охорони здоров'я, механізм впливу на якість охорони здоров'я та управління цим процесом свідчать про необхідність переходу від поточної бюджетної системи охорони здоров'я до змішаної системи, яка включатиме страхування санітарні. При цьому, звичайно, державна медична сфера повинна зберігатися з урахуванням сучасного рівня життя українського населення. Однак за недостатнього бюджетного фінансування така система не може повною мірою виконувати свої функції і змушена шукати додаткові кошти, основним джерелом яких є медичне страхування.

Оскільки медичні працівники надають медичні послуги, їх успіх, як і успіх кожного суб'єкта вільного ринку, що спеціалізується на наданні послуг, демонструється якістю цих послуг.

Відсутність адекватної системи якості медичних послуг заважає повноцінному розвитку всієї системи охорони здоров'я. Якість медичних послуг залежить від багатьох факторів. Окрім зовнішніх факторів, на які медичні заклади не мають істотного впливу (платник, система охорони здоров'я), важливу роль відіграють і внутрішні фактори. Це включає високоякісне мислення керівництва та працівників, засноване на філософії професійної якості організацій охорони здоров'я, суб'єктивне мислення про пацієнта та гідні умови праці, що сприяють наданню високоякісних послуг.

Сучасна якість послуг у сучасних компаніях представляє великий інтерес не лише з теоретичних, а й з практичних міркувань. Це стосується і закладів охорони здоров'я. Знаючи, які показники послуги є важливими при виборі медичних закладів, і як оцінюють споживачі їх якість, можна задовольнити

потреби та очікування існуючих та потенційних клієнтів. Це, в свою чергу, є основою конкурентних переваг на ринку охорони здоров'я.

Сучасні клієнти відомі тим, що вони краще поінформовані та інформовані. Вимоги до якості послуг значно відрізняються від попередніх. Таким чином, клієнти визначають якість у ринковій економіці.

Якість послуг стає наслідком сучасного господарювання, а також найкращою запорукою одержання та підтримки конкурентних переваг на ринку.

Це забезпечує придбання та утримання постійних клієнтів та забезпечує довгостроковий успіх. У цьому контексті існує актуальна проблема методології оцінки та вимірювання якості медичних послуг, яка не є універсальною, як не існує універсального та загальноновизнаного застосування тлумачення поняття "якість".

З цієї причини також не можна використовувати будь-який найкращий та найпоширеніший метод вимірювання якості послуг. Виходячи з цього, необхідно запровадити та застосовувати точну термінологію та методологію в цій галузі. Для вдосконалення процесу майбутньої реформи охорони здоров'я необхідно дослідити зростаючий інтерес до якості послуг.

Йдеться про необхідність розробки універсальної послуги та кількісних характеристик для вимірювання та оцінки її якості. Керівництво медичного закладу має бути впевненим у завтрашньому дні.

РОЗДІЛ I СИСТЕМА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1 Система контролю якості медичної допомоги в Україні

Провідну контрольну функцію можна знайти в законодавстві та нормативних актах, що регулюють управління якістю медичної допомоги в Україні - Законі України «Про внесення змін до основ законодавства про охорону здоров'я України щодо вдосконалення надання медичної допомоги» (набув чинності 01.01.2012). Закон передбачає правовий статус для акредитації медичних закладів.

Відповідно до адміністративного закону України контроль за діяльністю в будь-якій галузі здійснюється без контролю, з громадським та відомчим контролем. Тому всі ці види контролю доступні в системі управління якістю медичної допомоги.

Суб'єктами контролю є компетентні органи за межами медичного закладу (зовнішній контроль), керівники відділів та підрозділів / структурних підрозділів - безпосередньо в закладах охорони здоров'я (внутрішній контроль).

Функції суб'єктів позавідомчого контролю якості медичної допомоги виконують страхові компанії, які мають право приймати державні рішення прокуратурою України та органами захисту споживачів на підставі договорів із медичними працівниками та споживачами.

Громадські організації та громадяни беруть участь у громадському контролі за якістю медичних послуг, коли звертаються до компетентних органів та керівників медичних установ щодо якості медичних послуг. Характерний контроль людей.

Затверджено Міністерством охорони здоров'я України 28.09.2012, затверджено Міністерством охорони здоров'я 28.11.2012, зареєстровано Міністерством юстиції України Департаментом "Про порядок контролю якості медичної допомоги" Зовнішній контроль 1996/22308 28 вересня 2012 р. Згідно з наказом No 752 від м, Департамент якості медико-фармацевтичної служби МОЗ Автономної Республіки Крим, регіональні, структурні підрозділи охорони здоров'я міста Києва та Севастополя. До повноважень цих органів належать

ліцензування та акредитація медичних закладів, стандартизація медичних послуг, сертифікація спеціалістів, розгляд звернень громадян та право приймати публічні рішення, а також обов'язкові вказівки та розпорядження.

Внутрішній контроль якості здійснюється керівництвом закладів охорони здоров'я та медичних рад відповідно до діючих галузевих стандартів.

Практика організації традиційної діяльності дозволяє керівнику закладу охорони здоров'я дозволяти заступникам та керівникам відділів / керівникам відділів виконувати наглядові функції у певних сферах діяльності. Він також охоплює сучасні підходи до внутрішнього контролю якості, аудиту системи управління якістю та застосування самооцінки.

Характером суб'єкта контролю в системі управління якістю слід вважати обов'язкове включення (рівень самоврядування) лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою.

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 752, структура, порядок та ефективні компоненти системи якості, включаючи спеціалізацію спеціалістів, організацію медичної допомоги, виконання рішень з управління якістю, дотримання стандартів, протоколів медичної допомоги, дефекти, лікування громадян. негативні наслідки скарг, забезпечення прав та безпеки пацієнтів, вивчення їх поглядів на здоров'я.

1.2 Показники якості охорони здоров'я та їх роль в управлінні здоров'ям

Показники якості здоров'я (або клінічні показники) є невід'ємною частиною загальної системи управління охороною здоров'я майже в усіх країнах ЄС, а також в інших розвинених країнах, таких як Австралія та США. Вони в першу чергу призначені для студентів, на відміну від показників ефективності, які використовують організації.

Однак обидва типи показників можна використовувати як на місцевому, так і на національному рівнях. По-перше, показники використовуються для керівництва процесом підвищення якості медичної допомоги шляхом

порівняння та встановлення стандартів, а також для покращення якості медичної допомоги на місцевому рівні.

Показники повинні охоплювати результати та якість лікування у таких ключових аспектах:

- Безпека.
- Результати та якість процесу.

• Досвід пацієнта «Клінічний показник - це інструмент, який використовується для виявлення потенційних проблем та / або можливостей для покращення догляду за пацієнтом або надання негайного лікування.

Правильно використані показники можуть бути використані для порівняння варіантів надання таких медичних послуг у різних сферах та для оцінки рівня цих послуг відповідно до національних стандартів. Показники можуть бути основою для оцінки існуючої практики та відправною точкою для вдосконалення допомоги пацієнтам.

Це завдяки загально визнаній практиці, наприклад, якщо здоров'я людини не може бути корисним для кожного з показників відомого міжнародного контингенту та для оцінки ефективності надання послуг безпосередньо установам країни. Використання показників, як "турнірних столів", порівняння, оскільки напрямок і неконструктивні втрати, неможливо відрізнити від таких "столів" зовнішній вигляд і здоров'я стають реальними можливостями краще, так що навіть намагався змінити свою діяльність. Це неможливо "покращити" інформацію. Загалом, щоб знати, що насправді сталося. Показники надають рядок, який рідко вказується. Натомість, оскільки вони служать підказкою щодо виявлення потенційних проблем та / або покращується якість можливостей. Показники відповідають не на питання, а на конкретні краще зосередитися на місцях, де це, чи потрібно проводити дослідження, не знати, що це за вид. Але результат благополуччя тих, хто у формі речення, схожість та однорідність проведеного візиту.

Показники якості медичної допомоги є потужним інструментом підвищення якості медичного обслуговування та медичного обслуговування.

Однак, як і будь-який інструмент, існує ризик неправильного використання та пов'язана з цим небезпека. Показники певною мірою відображають реальну ситуацію у наборі фіксованих офіційних значень.

Водночас суттєві спрощення та втрата значущих даних неминучі, за винятком можливості систематичних помилок та приховування даних, коли значення показників є основою для організаційного тиску, управлінських та кадрових рішень. Система охорони здоров'я визначає дві основні проблеми, пов'язані з розробкою та використанням показників:

- розробка технічно надійних та зрозумілих показників;
- включити показники в системи, що дозволяють збирати інформацію, необхідну для поліпшення діагностики, лікування та догляду за пацієнтами.

При плануванні підготовки та впровадження клінічних показань слід враховувати наступні важливі моменти (Davies H., 2005):

1. Відсутність інформації про індивідуальний професійний досвід є серйозною перешкодою для більшого залучення медичних працівників до процесу підвищення якості послуг, що надаються.

2. Загалом централізовані системи порівняльного аналізу клінічних даних та звітування не суттєво впливають на якість медичних послуг.

3. Це відображає брак доказів більше, ніж відсутність доказів: отже, кожна нова система повинна створити доказову базу результатів.

4. Лікарі мають певні занепокоєння щодо розкриття особистої інформації щодо результатів клінічної практики, і існують суперечки щодо того, що відкритий звіт про якість наданих медичних послуг може призвести до низки небажаних результатів.

5. Таким чином, нова система національних показників якості, з одного боку, створює сприятливі умови для усунення бар'єрів для підвищення якості, а з іншого боку, змушує стажистів шукати такі шляхи, щоб уникнути опору, дезорганізації та небажаних результатів.

6. Кожна система, яка має на меті порівняти клінічну ефективність окремих постачальників послуг, повинна вирішувати дві ключові проблеми: проблеми з розробкою та інтерпретацією надійних параметрів; проблема створення систем, які стимулюватимуть використання даних у програмах для підвищення якості обслуговування.

7. Провідні медичні організації часто можуть перевірити реакцію найбільш чутливих одержувачів (споживачів послуг) на порівнянні клінічні показники індексу довіри споживачів. Ці організації разом із провідними медичними працівниками повинні бути основною цільовою групою для визначення індексу довіри споживачів.

8. Слід підкреслити, що ви вірите у важливість розуміння практичної діяльності, що вимірюється, а також у те, що багато інформації збирається та аналізується для оцінки без оцінки. Починаючи з радянських часів, Україна підтримувала мислення, яке включає покарання за низьку ефективність роботи як окремих працівників, так і організацій в цілому, а також автоматичне засудження та покарання за недосконалі результати. З цієї причини остаточна якість (№ 8) особливо важлива для покращення справжньої якості слова.

1.3 Розробка надійних та порівнянних клінічних показників якості та перспективних напрямків системи показників в Україні

Готуючи показники якості медичної допомоги, необхідно заздалегідь запобігти їх неадекватному використанню. Міжнародний досвід показує, що не існує і не може існувати "Універсальний показник", який всебічно вимірює та характеризує складну та багатогранну концепцію, таку як якість медичної допомоги. Головною метою системи охорони здоров'я є не покращення значення окремих показників, а покращення якості медичного обслуговування. У цьому випадку кожен із показників може надати корисну інформацію про певні аспекти медичної допомоги. Опис кожного показника повинен направляти його правильний розрахунок, аналіз, інтерпретацію та застосування.

Завжди пам'ятай:

- Перед оцінкою якості та надійності методологій та вихідних даних, що використовуються при розрахунку показників, слід зробити будь-яке порівняння та аналіз та зробити подальші висновки.

- Більшість показників відображають результати випадкових процесів; коливання значень показника при невеликій кількості спостережень можуть бути значними, але не демонструють реальних відмінностей; не завжди можливо забезпечити однорідність наборів порівняних пацієнтів тощо. Тому для аналізу значень показників не слід використовувати відповідний статистичний апарат та методології.

- Показники слід готувати систематично, а докази в науковій літературі поєднувати за згодою клінічних експертів.

- Показники повинні гармонійно інтегруватися в національну систему стандартизації охорони здоров'я. Структурні та технологічні показники повинні узгоджуватися із затвердженими клінічними настановами та національними стандартами, що дозволяють вимірювати та контролювати процеси застосування стандартів та досягнення відповідних критеріїв охорони здоров'я. Однак, як зазначалося вище, використання індикаторних систем для безпосереднього порівняння показників та адміністративного тиску при таких вимірах не слід допускати, оскільки це призводить до втрати здатності належним чином відтворювати картину якості надання медичної допомоги.

Індекси споживчих настроїв є потенційно цінними інструментами для порівняння результатів діяльності різних організацій, регіонів і навіть країн за умови надійності наданої інформації.

Основною сучасною тенденцією в процесі підвищення якості медичної допомоги є перехід від фрагментованого аналізу окремих етапів та медичних втручань до комплексного забезпечення якості на всіх етапах медичної допомоги - профілактика, діагностика, лікування, спостереження за пацієнтами. Відповідно, інформаційне забезпечення такої концепції повинно включати інтеграцію та подальший аналіз усієї можливої інформації про технічно

можливого пацієнта з розвитком сучасних засобів комунікації та інформаційних технологій. Першим кроком у цьому напрямку є створення галузевих медичних записів (реєстру онкологічних захворювань, реєстру діабету тощо), які поєднують інформацію про пацієнтів з певними хронічними захворюваннями та контролюють пацієнтів протягом усього життя.

Концепція інформації про охорону здоров'я передбачає створення національного медичного реєстру пацієнтів, який поєднуватиме всю доступну медичну інформацію. Такий запис, який за умови успішного створення та надання необхідної якості інформації, повинен бути основою для створення нового типу показників.

Деякі операції з об'єднання інформації про пацієнта з різних електронних джерел можливі за допомогою технологій ведення записів із використанням широко використовуваної ідентифікаційної інформації (ім'я, дата народження, адреса тощо). Зокрема, загальноприйнятою міжнародною практикою є автоматичне включення даних до національних реєстрів смертей для аналізу виживання різних груп пацієнтів та встановлення відповідних показників для оцінки результату. Однак відповідні автоматизовані технології, необхідні для порівняння інформації про одну людину з різних джерел, ще не поширені в практиці охорони здоров'я в Україні, тому застосування відповідних показників у загальній практиці вимагатиме додаткових зусиль.

РОЗДІЛ II ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1 Сутність і загальні методи вимірювання якості медичних послуг

Світова практика управління якістю досить різноманітна і дозволяє дізнатись більше про особливості процесу управління.

Почнемо з Е. Демінга. Американський учений відомий в Японії завдяки підготовці менеджерів та просуванню серед них якісної інформації. Усе сталося під час повоєнної економічної реконструкції. Його концепція управління якістю базується на: - контролі якості процесів та продуктів, що відбуваються під час управлінських заходів, що називаються "Колом Демінга"; - застосування чотирнадцяти принципів у роботі управління підприємством. Коло Демінга містить хронологічно розставлені дії для системи управління зворотним зв'язком. Це відбувається за певною схемою (рис. 2.1).



Рисунок 2.1. - Система управління зі зворотним зв'язком "Кола Демінга"

Дж. Джуран є автором кількох відомих книг з контролю якості (Handbook of Quality Control, 1951, Планування та аналіз якості, 1970). У них дослідник ретельно розглядає можливість використання статистичних методів. Дж. Джуран поділяє всю діяльність у галузі якості на дві групи та вивчає проблему забезпечення якості: - управлінська та економічна діяльність (загальна політика, планування, організація, найм, просування тощо); - технічна

діяльність (проектування, особливі вимоги, технічний контроль тощо). Синтетичний погляд на функції управління (теоретично також називається "Трилогія Юрана") Рис. 2.2.



Рисунок 2.2. Трилогія Юрана

Концепція управління якістю заснована на ідеї безперервної роботи, новій культурі підприємства, розумінні якості відповідно до вимог, розроблених Ф. Кросбі.

Ця концепція містить такі основні положення:

1. Під якістю розуміють відповідність очікуванням споживачів, головним чином споживачів, через продукцію.

2. Важливість профілактики для досягнення якості є першорядною. У той же час процеси моніторингу та оцінки відходять на другий план.

3. Стандарт якості повинен бути "нульовими дефектами".

4. Якість слід вимірювати та оцінювати за сумою фонду подружжя. Концепція якості медичних послуг повинна базуватися на певному методі вимірювання.

Наступні методи вимірювання зарекомендували себе в медичній практиці європейських країн:

- аналіз "моментів істини";

- техніка критичного інциденту;
- модель SERVQUAL (якість обслуговування);
- методологія SERVPERF;
- модель P-C-P;
- модель EUROPER.

Одним із способів оцінити якість послуг є орієнтація на клієнта. Він враховує найдрібніші деталі: відносини з клієнтами, стосунки з медичним та обслуговуючим персоналом. Розслідується все, що стосується процесу надання медичних послуг. У процесі є кілька етапів, у яких беруть участь як постачальник, так і споживач послуги.

К. Рогоїнський називає такі моменти "моментами істини". Автор звертає увагу на різницю між процесом надання послуг та придбанням продукції. На думку К.Рогоїнського, оцінка якості послуг залежить головним чином від вражень, що залишились після контакту з постачальником послуг, тобто тих самих "моментів істини".

Вищезазначений аналіз використовується для техніки критичних інцидентів (СІТ) на основі аналізу критичних подій. Другий, у свою чергу, відіграє роль у визначенні джерел задоволення або незадоволення споживачів. Згідно з цією методологією, подія є настільки повною, що розглядається як людська діяльність, що можна зробити певні висновки щодо людини, яка займається цією діяльністю. У свою чергу, критичними подіями є події, які значно зменшують або призводять до передбачуваного ефекту від дій. Загалом критичні події можна охарактеризувати як взаємодію між клієнтами та працівниками фірми, яку вони обслуговують (у нашому випадку - лікарі). Однак не всі інциденти розслідуються. Аналіз стосується лише того, що пам'ятають клієнти. Ретельний аналіз критичних випадків, згаданих клієнтами, виявить слабкі сторони компанії (медичного закладу) та виявить проблеми, що знижують якість наданих медичних послуг.

2.2 Системи управління якості медичних послуг

Присяга Гіппократа "не нашкодь" та медична етика - головні умови якісної роботи лікарів. Ситуація в хірургії призвела до розвитку проблем якості. Певний період в історії світової медицини пов'язаний з великою кількістю інфекцій у лікарнях, що створює значні проблеми в системі охорони здоров'я. Це призвело до поступового застосування наукової теорії управління. Додатковими стимулами стали конкуренція на ринку медичних послуг та підвищення обізнаності та очікувань пацієнтів. Застосування системи управління охороною здоров'я у світовій практиці пройшло кілька етапів:

- Контроль якості. Модель розроблена в промисловості в 20-30-х роках минулого століття. Цей підхід заснований на дотриманні заздалегідь встановлених норм та ініціюванні коригувальних дій, коли рівень обслуговування не відповідає очікуванням. Представляючи планування, він слідував перевагам його використання у вибраних контрольних точках. Контроль проводився шляхом збору даних вибірки, частоти їх контролю та оцінки якості. Основною метою було виявлення та викриття шлюбів та неякісних справ. Період застосування цієї системи був коротким, а ефективність обмежена.

- Гарантія якості. Ця модель, що застосовується у багатьох медичних закладах, датується кінцем 60-х років ХХ століття. Метою було не вжити коригувальних заходів в умовах кризи, а запобігти проблемам. Пріоритетним завданням є принцип виконання вперше. Зазвичай його використовують при систематичному огляді процесів та результатів лікувальних тестів.

Метою цієї моделі є постійне вдосконалення та підвищення якості на основі участі всіх постачальників послуг та одержувачів. Спеціальні організаційні підрозділи відповідають за впровадження та реалізацію заходів з підвищення якості.

Система реєструє процедури збору та аналізу даних, а також дії щодо вдосконалення процедур. Мета полягає в обмеженні кількості помилок і втрат

як у зовнішніх, так і у внутрішніх споживачів. Навички підвищення продуктивності гарантують помилки та зменшують витрати на їх виправлення.

Постійне вдосконалення системи управління якістю для задоволення потреб споживачів базується на стандарті ISO 9001: 2000. Для потреб здоров'я клієнт визначається таким чином:

- пацієнт або споживач послуг (споживач послуг також може бути донором);
- один член товариства (кожен член товариства є потенційним споживачем медичних послуг у разі масових щеплень);
- інша зацікавлена сторона (наприклад, персонал медичного університету).

Постійне вдосконалення системи управління якістю

Призначення систем якості, що відповідають ISO:

- прагнути досягти та підтримувати якість та сталий розвиток;
- підвищення якості встановленої та прогнозованої діяльності;
- потреби клієнтів та інших зацікавлених сторін;
- завоювати довіру керівництва та працівників до підтримання та вдосконалення вимог до якості;
- довіра до клієнтів та інших зацікавлених сторін для задоволення вимог до якості та відповідності;
- здобути впевненість у тому, що він відповідає чинним вимогам. (Див. рис. 2.3).



Рисунок 2.3 - Схема постійного вдосконалення системи управління якістю

Норма вимагає від медичного закладу встановлення стратегічних цілей щодо якості в програмі охорони здоров'я, що реалізується медичним закладом. Для визначення ступеня досягнення цих цілей лікарня може використовувати показники якості, пропонувані урядом чи професійними організаціями, науковими товариствами. Важливою умовою є те, що показники можна виміряти та відповідати процесу. Цілі якості повинні бути пов'язані з політикою якості, яка розуміється як сукупність повсякденних правил поведінки та цінностей у галузі якості (наприклад, ліки, матеріали, кадрова політика, маркетингова політика).

2.3 Загальна характеристика та аналіз показників роботи медичного центру «Мед-Союз»

Функціонування медичного центру здійснюється відповідно до Конституції України та «Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону» про забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також чинного законодавства України про охорону здоров'я.

Медичний центр - це комунальна власність, в якій юридична особа має право укласти договір, діяти від свого імені в суді та мати будівлі, території, відповідне обладнання, транспортні засоби, обладнання та інше майно.

Медичний центр має власну марку, круглу марку для документів, кутову марку та штамп для аркушів та медичних довідок. Медустанова звітує перед управлінням охорони здоров'я міської муніципалітету.

Метою медичного центру є медична практика:

- надання спеціалізованої допомоги населенню в домашніх клініках;
- надання на договірних засадах амбулаторної медичної допомоги працівникам підприємств та установ;
- проведення профілактичної роботи серед населення;
- надання платних медичних послуг, дозволених державним законодавством.

У структурі медичного закладу: терапевтичне відділення на 6 відділень; 3 місця дитячого будівництва, CDL з бактеріологічним регіональним відділенням, кабінетом рентгенології, кабінетом флюорографії, кабінетом фізіотерапії, кабінетом профілактики, функціональної діагностики, ендоскопічним кабінетом

Центр пропонує спеціальне обладнання за 10 спеціальностями: хірургія, травматологія, підлітковий вік, інфекційні хвороби, офтальмологія, ендокринологія, неврологія, оториноларингологія, педіатрія, терапія.

У лікувальному закладі є всі допоміжні кабінети для проведення лікувально-діагностичних та профілактичних процедур (огляд, вакцинація, процедури, масаж, лікувальна фізкультура, централізована стерилізація).

Є одноденна клініка на 40 ліжок (30 терапевтичних, 10 неврологічних) в 1,5 зміни.

Працює медичний заклад з 8:00 до 17:00, у неділю та святкові дні процедурний кабінет працює з 8:00 до 14:00. У таблиці 2.1. Відображається потужність медичного закладу.

Таблиця 2.1 – Потужність медичного закладу «Мед-Союз»

2018 рік		2019 рік		2020 рік	
Проектна потужність	фактично	Проектна потужність	фактично	Проектна потужність	фактично
317	395	317	399	317	414

Населення розподіляється до медичного закладу для надання медичної допомоги в медичному центрі та вдома. Їх кількість впала з 15201 у 2019 році до 14 376 у 2020 році та зменшилась на 645 (4,3%) через закриття ряду підприємств через зменшення міграції та народжуваності.

Кількість медичних відвідувань за останні роки зросла на 4,1% - зі 180 147 (2019) до 187 689 (2020). Показник на 1000 населення в 2019 році становить 11 850,9, а в 2020 році - 13 055,7 (+ 10,2%). Найвища участь пацієнтів у лікарів (питома вага 30%), за ними йдуть невропатолог, педіатр, хірург, травматолог (11%). У 2020 році кількість відвідувань невролога зросла (15,2%).

РОЗДІЛ III ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ

3.1 Управління якістю як можливість виявлення та розв'язання проблем

Ефективне управління якістю послуг на сьогодні є одним із найважливіших стратегічних завдань для медичних установ. В контексті української медицини це вимагає кардинальної зміни поточної ситуації та розробки програми, орієнтованої на пріоритети якості.

Загальне переконання, що відсутність цілей перешкоджає цій меті, не зовсім відповідає дійсності, оскільки існують «неінвестиційні можливості» для покращення якості медичного обслуговування, і в багатьох випадках можливо змінити розподіл наявних ресурсів для покращення якості.

Пацієнти повинні бути в першу чергу зацікавлені у високій якості медичних послуг, але самі медичні заклади повинні підвищувати рівень медичних послуг. Це дозволить останнім збільшити свої шанси на конкуруючому ринку, що вплине на кількість потенційних пацієнтів.

Кожна діяльність спрямована на досягнення кінцевого результату. Досягнення мети можливо шляхом ефективного використання існуючих інструментів, практичних навичок, інформаційно-комунікаційних компонентів. Здоров'я - не виняток.

Основою діяльності медичних установ є, насамперед, фінансове забезпечення, зокрема:

- медичне обладнання;
- спеціалізоване програмне забезпечення;
- матеріальні ресурси.

Наявність у медичному закладі високотехнологічного медичного обладнання характеризує його як сучасний медичний заклад.

Надання медичного обладнання лікарні повинно відповідати не лише вимогам медичної допомоги, а й спеціалізації медичного закладу.

Спеціалізоване програмне забезпечення, необхідне медичному закладу, включає системи управління базами даних (пацієнти, працівники, історії хвороби тощо), програми для обробки результатів ультразвукової діагностики, спеціальні графічні програми для розробки та проведення рентгенологічних досліджень тощо.

Важливим аргументом на користь останнього є забезпечення висококваліфікованим персоналом, діяльність якого базується на знаннях та вміннях. Що стосується людських ресурсів, то потрібно вирішити важливі питання. Відповідно до специфіки медичного закладу (лікарні, реабілітаційного центру тощо), не стільки обов'язок вдосконалювати навички працівників, скільки здатність адаптуватися до сформованого колективу та працювати в колективі.

Безперебійна, масштабна робота медичного закладу неможлива без належного забезпечення матеріальними ресурсами.

Однак існування всіх цих джерел не дозволить використовувати їх за призначенням. Важливим елементом, який не тільки об'єднує ці ресурси, а й дозволяє досягти поставлених цілей, є активні управлінські знання. Такі знання є актуальними не лише завдяки забезпеченню доступності цих джерел, а й з урахуванням їх характеристик.

Наявність матеріальних ресурсів має на меті забезпечити повноцінну роботу медичного закладу. Таким чином, важливим аспектом є, наприклад, оптимізація цих ресурсів за допомогою управлінських знань.

3.2 Критерії оцінки якості медичних послуг

Для кількісної оцінки якості наданих медичних послуг необхідно сформулювати найважливіші критерії та визначити їх вагу в загальній оцінці.

Для зручності аналізу та подальшого ранжування всі критерії оцінки якості медичних послуг сформульовані у вигляді матриці, наведеної в таблиці. 3.1.

Всі наведені в таблиці. 3.1 Критерії поділяються на п'ять груп залежно від подібності та орієнтації:

1. Професійні критерії - визначають здатність лікаря (медичного персоналу, що проводить лікування) надавати адекватну медичну допомогу та підтверджувати її рівень. Кількісну оцінку цієї групи повинні проводити експерти у цій галузі.

2. Критерії доступності медичних послуг - група, яка характеризує легкість і простоту «доступу» до пацієнтів для отримання необхідних медичних послуг. Оцінка цих критеріїв повинна проводитися персоналом медичного закладу.

3. Критерії обслуговування - критерії, що визначають рівень допомоги пацієнту. Оцінку цих критеріїв повинні надавати самі пацієнти, коли вони отримують безпосередню медичну допомогу або безпосередньо після цього.

4. Комунікативні критерії - як правило, аспекти ознайомлення з медичним закладом, обрані методи лікування, спілкування медичного персоналу тощо. Ці критерії оцінюються пацієнтами.

5. Критерії престижності медичного закладу - критерії, що формують імідж закладу, рівень визнання серед інших закладів подібного профілю є свідченням новизни та сучасності лікарні (поліклініки). Він визначається працівниками медичного закладу, оскільки вони мають лише зазначену інформацію. У таблиці. 3.1 Різні групи мають різну кількість критеріїв. У разі потреби спеціальні вимоги та аспекти діяльності медичного закладу можуть бути збільшені або зменшені з урахуванням особливостей певних видів медичної допомоги. Вони можуть застосовуватися комплексно або вибірково для оцінки якості медичних послуг.

Таблиця 3.1- Матриця критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг

1. Професійні критерії лікаря	2. Критерії доступності медичних послуг	3. Критерії обслуговування	4. Критерії комунікативні	5. Критерії престижності лікувального закладу
1.1. Рівень кваліфікації	2.1. Можливість вибору лікаря	3.1. Відсутність черг на прийом до лікаря, здачу аналізів	4.1. Приязне ставлення з боку медперсоналу	5.1. Престиж лікувального закладу
1.2. Практичний досвід	2.2. Зручна локалізація приймального відділення	3.2. Можливість попереднього запису на прийом і лабораторне дослідження	4.2. Знання кількох мов	5.2. Зовнішній вигляд лікувального закладу
1.3. Здатність адекватно реагувати в екстремальних ситуаціях	2.3. Належне трактування медперсоналом своїх пацієнтів незалежно від попереднього діагнозу	3.3. Забезпеченість відділень засобами зв'язку	4.3. Готовність медперсоналу до надання меддопомоги	5.3. Наявність нагород, визнань
1.4. Вміння правильно обрати методику лікування 5.4. Обсяг спектру надання послуг	2.4. Можливість виклику лікаря на консультацію додому	3.4. Швидкість обслуговування пацієнта	4.4. Вміння надати інформацію в повному обсязі	5.4. Обсяг спектру надання послуг
1.5. Професійна етика		3.5. Можливість отримання	4.5. Наявність веб-ресурсу у	5.5. Забезпеченість

		консультації різнопрофільних фахівців	лікувального закладу	сучасним медобладнанням
1.6. Рівень особистої культури		3.6. Задоволеність очікувань пацієнта	4.6. Наявність зворотного зв'язку між пацієнтами та медичним закладом	
1.7. Розуміння потреб пацієнтів		3.7. Повнота поінформованості клієнта	4.7. Наявність місця для паркування	
1.8. Мінімізація ризиків для клієнта				

Першим кроком для отримання кількісної оцінки якості медичних послуг є рейтинг, наведений у таблиці. 3.1 Критерії. І тут необхідно визначити як окремий рівень критерію в середині групи, так і групу критеріїв в цілому.

3.3 Аналіз проблем та напрями удосконалення медичного закладу «Мед-Союз»

Необхідність перепідготовки пов'язана з наступним:

- звільнення працівників в результаті технічного прогресу та реконструкції підприємства;
- відсутність попиту на професійну структуру розвинених робітників через переміщення виробництва;
- відповідність професійного підбору персоналу потребам установи.

Існують суттєві відмінності між навчанням нових працівників та перепідготовкою тих, хто має досвід роботи. Якщо навчання передбачає набуття професійних знань та навичок, перепідготовка - це розширення та

поглиблення професійних навичок та знань, які працівники набули та вдосконалили за час навчання.

Перепідготовка працівників - це навчальний процес, який розширює можливості застосування робочої сили. Охоплює професійні зміни.

Перепідготовка проводиться на спеціальних курсах із виробництвом та без нього. Така система повинна забезпечувати відповідність працівників професійній структурі та науково-технічним досягненням, що застосовуються на виробництві.

На підприємствах та в навчальних закладах створюються курси працевлаштування, магістерські курси з суміжних спеціальностей та професій, виробничі та технічні курси, індивідуальне та бригадне навчання.

Стажування проводяться компаніями через мережу курсів для персоналу, що працює, шкіл передових методів роботи, спеціалізованих груп та семінарів. Важливою формою безперервної освіти є вечірня освіта в професійно-технічних школах та приватних університетах.

Система балансу використовується для визначення потреби організації в кваліфікованому персоналі та джерелах його постачання. Враховує збільшення кількості претензій та компенсує звільнення. Вихідним пунктом для визначення кількості працівників за професією на майбутнє є інформація про структуру обладнання, план ефективності, обсяг виробництва, продуктивність праці та зміни професійного складу працівників.

Спочатку розраховується кількість працівників на плановий період та визначаються додаткові потреби.

ВИСНОВКИ

Сучасна ринкова економіка ставить високі вимоги до якості послуг, що надаються медичними закладами, що визначає їх конкурентоспроможність та ринкові позиції у жорсткій боротьбі за пацієнта. Якість та конкурентоспроможність - це нерозривні параметри, що формуються синхронним управлінням протягом усього терміну служби.

Сьогодні система охорони здоров'я України повинна вирішити чотири проблеми:

1. Визначення на законодавчому рівні правил доступу до гарантованої державою та фінансової медичної допомоги.

2. Створення професійних органів для управління державними ресурсами, що виділяються на охорону здоров'я.

3. Розвиток регульованої конкуренції між різними постачальниками медичних послуг.

4. Встановити інституційні механізми, які сприятимуть розвитку сучасної системи охорони здоров'я та збільшенню громадянських свобод у секторі охорони здоров'я. Якість медичної допомоги залежить від існуючої в країні системи охорони здоров'я. Держава повинна виступати гарантом таких послуг, організовуючи ефективне функціонування системи охорони здоров'я. Україні потрібно реформувати свою систему охорони здоров'я, перш ніж застосовувати позитивні практики в Польщі та інших країнах щодо якості медичних послуг. Модель, що діє в Польщі, є прийнятною для української практики з деякими адаптаціями. Наприклад, Міністерство охорони здоров'я може укласти контракти безпосередньо з лікарнями без посередників (міські чи регіональні фінансові управління). Це створить основу для добросовісної конкуренції на ринку медичних послуг в Україні.

Наше дослідження підтвердило необхідність зміни системи охорони здоров'я в Україні, оскільки нинішня модель не повністю покриває медичні витрати в державі. Спеціальні внески громадян на медичне страхування у вигляді податків не покривають усіх витрат у галузі. Сьогодні існує нагальна

потреба у пошуку джерел фінансування. Одне з можливих рішень - спеціальна паралельна гарантія. Коли вам доведеться подвоїти свої витрати з тією ж метою, виникає також питання, що означає платити податок на медичне страхування.

Україна як держава повинна чітко визначити категорії населення, які вона підтримуватиме та надаватиме безкоштовну медичну допомогу. Люди з вищими доходами знайдуть національне місце і, отже, зможуть отримати рівень та обсяг медичних послуг, які вони можуть собі дозволити.

Розроблена модель системи охорони здоров'я повинна базуватися на принципах використання, безпеки та надійності населення. Ця модель повинна бути спрямована на надання якісної та якісної медичної допомоги.

При створенні якісної системи надання медичних послуг особливу увагу слід приділяти навчанню персоналу для встановлення тісних стосунків між лікарем та пацієнтом. Йдеться про довіру пацієнта як до окремого лікаря, так і до медичного закладу в цілому. З огляду на негативний досвід європейських країн, необхідно забезпечити доступ пацієнтів до медичної допомоги, незалежно від попередніх діагнозів (СНІД, рак тощо).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амблер Т. Практический маркетинг / И. Петрова (пер.с англ.), В. Васильева (пер.с англ.). – С.Пб., 1999. – 400с.
2. Аристотель. Сочинения: В 4-х т. / Пер. с древнегреч.; общ. ред. А.И. Доватура. – М.: Мысль, 1983. – Т. 4. – 1983. – 830 с.
3. Важливість впровадження сучасної системи управління якістю послуг у медичній практиці [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://qsys.com.ua/node/18>. – Заголовок з екрану.
4. Відпрацювання сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.municipal.gov.ua/673>. – Заголовок з екрану.
5. Гаркавенко С.С. Маркетинг: Підруч. для студ. екон. спец. вищ. навч. закладів / С.С. Гаркавенко. – К.: Лібра, 2002. – 708с.
6. Гегель Г. Энциклопедия философских наук. Ч. 90. – М.: Мысль, 1974. – 471 с.
7. Договір про надання платних медичних послуг — від укладання до виконання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/78.html>. – Заголовок з екрану.
8. Исикава К. Японские методы управления качеством / К. Исикава; сокр. пер. с англ.; под ред. А. В. Гличева. – М. : Экономика, 1988. – 214 с.
9. Ікуліна О.В. Специфика предпринимательских функций на целевом рынке услуг // Зб. наук. праць молодих вчених. – Випуск 2. – Одеса: ОДЕУ, 1998. – С. 95-99.
10. Качество в истории цивилизации. Эволюция, тенденции и перспективы управления качеством / Под ред. Дж. Джурана: Пер. с англ. – В 3-х томах. – М.: РИА "Стандарты и качество", 2004. – Т. 1. – 2004. – 208 с.
11. Князевич В. Контроль якості надання медичних послуг залишається одним з головних завдань системи охорони здоров'я / В. Князевич [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=12203>. – Заголовок з екрану.

12. Концептуальна модель маркетингу медичних послуг в імітаційному моделюванні системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.textreferat.com/referat-15091.html>. – Заголовок з екрану.

13. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України 01.08.2011 № 454 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.balance.ua/sai/sprav_info/budjetnii_proces/konsercia_MOZ.html. – Заголовок з екрану.

14. Котлер Ф. Маркетинг, менеджмент. / Ф. Котлер. – СПб.: Питер, 1999. – 887 с.

15. Котлер Ф. Основы маркетинга. Перевод с англ. В.Б. Боброва. Общая редакция и вступительная статья Е.М. Пеньковой. – М.: Прогресс, 1991. – С. 25.

16. Котлер Ф. Основы маркетинга: Пер.с.англ. / Ф. Котлер. – М: Ростингэр, 1996. – 704 с.

17. Крикавський Є.В. Логістика. Основи теорії: Підручник / Є.В. Крикавський. – Львів: Національний університет «Львівська політехніка», «Інтелект-Захід», 2004. – 416 с.

18. Куденко Н.В. Стратегічний маркетинг: Навч. посібник / Н.В. Куденко. – К.: КНЕУ, 1998. – 151 с.

19. Лехан В.М. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В.М. Лехан, А.В. Іпатов, Е.В. Борвінко, Л.В. Крячкова, О.Л. Зюков. – Донецьк: АТР-ПРЕС, 2002. – 370 с.

20. Лехан В.М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В.М. Лехан, Н.М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцехівський та ін. Під заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.

21. Лехан В.М. Характеристика пацієнтів приватних стоматологічних кабінетів / В.М. Лехан, О.С. Кононенко, І.Г. Солодченко // Медичні перспективи. – 2002. – Том VII. – № 1. – С. 152-155.

22. Лиденбретен А.Л. Вопросы организации материального стимулирования в условиях добровольного выбора врача пациентом / А.Л.

Лиденбратен, А.Е. Третьяков, А.Г. Роговина, В.Н. Голодненко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 30-31.

23. Медична помилка: юридичний аспект [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/75.html>. – Заголовок з екрану.

24. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100531_1.html#1. – Заголовок з екрану. – Дата відвідування: 01.12.2020.

25. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/76.html>. – Заголовок з екрану.

26. Якість в охороні здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://healthcare.management.com.ua/category/yakist-v-oz/>. – Заголовок з екрану.

27. Рівень якості медичної послуги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://strahovik.com.ua/riven-yakosti-medichno%D1%97-poslugi/>. – Заголовок з екрану.