

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки

Кафедра економічної теорії, інтелектуальної
власності та публічного управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Тарасенко Юрій Миколайович

УДК 352:614

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ
ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ КАРДІОЛОГІЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

281 “Публічне управління та адміністрування”

(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

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

Тарасенко Ю. М.

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
Симоненко Леся Іванівна
кандидат економічних наук, доцент

АНОТАЦІЯ

Тарасенко Ю. М. Державна політика забезпечення якості надання високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування. – Поліський національний університет, Житомир, 2021.

Досліджено теоретичні основи державної політики забезпечення якості надання медичної допомоги. Встановлено, що основними акцентами якості медичної допомоги є своєчасність, доступність та повне задоволення потреб пацієнта. Визначено, що формування та реалізації бюджетних програм у сфері охорони здоров'я є дієвим інструментом державної політики. Проведено оцінку бюджетних програм Міністерства охорони здоров'я України, що реалізуються у поточному (2021 р.) році. Встановлено, що основними причинами зниження якості надання високоспеціалізованої кардіологічної допомоги є недостатня мотивація медичних працівників та брак інформації. Встановлено, що набір методів контролю якості медичної допомоги є типовим для основних галузей охорони здоров'я. Проте, ключовим для сфери елементів покращення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги є отримання зворотного зв'язку від пацієнтів. Побудовано Customer Journey Map для візуалізації клієнтського досвіду отримання високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги та визначення основних етапів взаємодії пацієнта із медичними працівниками.

Ключові слова: якісна медична допомога, індикатори якості медичної допомоги, високоспеціалізована кардіологічна медична допомога, бюджетні програми.

SUMMARY

Tarasenko Yu. M. The policy of providing high quality cardiac medical care. - Qualification work as a Manuscript.

Qualification work for the master's degree in specialty 281 - Public Administration.- Polissia National University, Zhytomyr, 2021.

The theoretical bases of the state policy of quality assurance of medical care are investigated. It is established that the main accents of the quality of medical care are timeliness, accessibility and full satisfaction of the patient's needs. It is determined that the formation and implementation of budget programs in the field of health care is an effective tool of public policy. An assessment of the budget programs of the Ministry of Health of Ukraine implemented in the current (2021) year. It is established that the main reasons for the decline in the quality of highly specialized cardiac care are insufficient motivation of health professionals and lack of information. The set of methods of quality control of medical care is found to be typical for the main branches of health care. However, the key to improving the quality of highly specialized cardiac care is to receive feedback from patients. The Custom Journey Map was built to visualize the client's experience in obtaining highly specialized cardiac care and to determine the main stages of the patient's interaction with healthcare professionals.

Key words: quality medical care, indicators of medical care quality, highly specialized cardiac medical care, budget programs.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	7
1.1. Базові аспекти державної політики забезпечення якості надання медичної допомоги	7
1.2. Методичні підходи до визначення якості медичної допомоги	9
РОЗДІЛ 2. ЯКІСТЬ НАДАННЯ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	13
2.1. Стан державної підтримки забезпечення якості надання медичної допомоги	13
2.2. Якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги НІССХ ім. М. М. Амосова	17
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	24
3.1. Обґрунтування факторів впливу на якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги	24
3.2. Побудова Customer Journey Map для візуалізації клієнтського досвіду отримання високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги	27
ВИСНОВКИ	32
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	34
ДОДАТКИ	39

Вступ

Актуальність теми дослідження. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності. Щороку у світі від зазначеної проблеми помирає 17,9 млн чол. За умови збереження поточних тенденцій є ризик, що кількість смертей перевищить 23,6 млн. чол. до 2030 р. [1]. Найбільше зростання смертності від серцево-судинних захворювань прогнозується в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, де, як правило, не реалізуються державні програми у сфері охорони здоров'я, що спрямовані на вирішення проблеми. Рівень одужання пацієнтів прямо залежить від якості наданих медичних послуг. Зважаючи на вищевикладене питання забезпечення якісної кардіологічної допомоги в Україні та роль держави у даному процесі є актуальними та своєчасними.

Мета і завдання дослідження. Метою дипломної роботи є дослідження теоретико-методичних та прикладних аспектів державної політики забезпечення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги. Для того, щоб досягти поставлену мету було сформовано наступні завдання дослідження: вивчити базові аспекти державної політики забезпечення якості надання медичної допомоги; дослідити методичні підходи до визначення якості медичної допомоги; оцінити стан державної підтримки забезпечення якості надання медичної допомоги; оцінити якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги НІССХ ім. М. М. Амосова; визначити фактори впливу на якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги.

Об'єкт дослідження – процес державної підтримки забезпечення якості надання високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги

Предмет дослідження – високоспеціалізована кардіологічна медична допомога.

Методи дослідження. У процесі написання дипломної роботи нами було використано різні методи дослідження. Зокрема метод сходження від абстрактного до конкретного використано для дослідження теоретичних основ

державної політики забезпечення якості надання медичної допомоги. За допомогою історичного методу досліджено еволюцію трактування поняття «якість медичних послуг». Статистично-економічний метод дозволив провести аналіз державної підтримки забезпечення якості надання медичної допомоги. Для дослідження факторів впливу на якість надання медичної допомоги було використано метод соціологічних досліджень.

Перелік публікацій автора за темою дослідження.

1. Тарасенко Ю. М. Якість медичних послуг в умовах сталого розвитку *Сучасні екологічні проблеми урбанізованих територій* : зб. матеріалів доп. учасн. IV Всеукр. наук.-практ. конф. Житомир : Поліський національний університет, 2021. С. 43–45.

2. Тарасенко Ю. М. Фактори впливу на якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги. *Інструменти і практики публічного управління в контексті децентралізації*: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. Житомир : Поліський національний університет, 2021. С. 339–345.

3. Лесь А. В., Ращенко А. В., Тарасенко Ю. М. Державна політика забезпечення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 11. – URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=2382> (дата звернення: 13.12.2021). DOI: [10.32702/2307-2156-2021.11.39](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2021.11.39)

Практичне значення одержаних результатів. Одержані результати досліджень можуть бути основою програми проведення внутрішнього та зовнішнього контролю якості надання високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається із анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг становить 38 сторінок. Дисертація містить 5 таблиць, 7 рисунків. Список використаних джерел складається із 40 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Базові аспекти державної політики забезпечення якості надання медичної допомоги

Основою національної політики охорони здоров'я більшості розвинених країн світу є забезпечення високої якості надання медичних послуг. Дане трактування є логічним, оскільки якість життя населення залежить від стану здоров'я мешканців. Саме кість надання медичних послуг є критерієм ефективності діяльності системи охорони здоров'я держави. У даному дослідженні розглянуто питання менеджменту якості медичних послуг зокрема підходи до її визначення.

Сфера охорони здоров'я є складною системою організацій та установ, основним сектором будь-якої економіки, тому управління є важливою складовою державної політики у даній сфері. Загальновідомо, що охорона здоров'я має складну мережу послуг та різні джерела фінансування (державне чи приватне страхування, національні системи охорони здоров'я). Незалежно від того, чи забезпечується страхування державою або через приватні та державні джерела разом, потрібне кваліфіковане управління на макро-, національному та мікро- або місцевому рівнях, включаючи всі установи, що складають систему.

Звертаючись до історії формування національної політики у сфері охорони здоров'я, науковці у 90-их роках зазначали, що необхідним у процесі реформування досліджуваної сфери є створення нової ідеології [7]. На даному етапі розвитку, у Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні також наводиться необхідність створення нової системи охорони здоров'я [8]. Очевидною та позитивною є тенденція до постійного удосконалення галузі. Проте, за тридцять років не визначено конкретний вектор змін. Важливо зауважити на необхідності чіткої державної політики із формуванням стратегії розвитку.

У науковій літературі зазначається, що під стратегічним управлінням системою охорони здоров'я слід розуміти процес, визначення послідовності дій організації щодо розробки й реалізації стратегії. Даний процес включає постановку цілей, формування стратегії, пошук ресурсів, а також дослідження зовнішнього середовища [4].

Планування та управління у сфері громадського здоров'я здійснюється з урахуванням профілактики та лікування захворювань, потреб у здоров'ї населення, інноваційних технологій, таких як генна інженерія, нові вакцинації, що запобігають раку та інфекційним захворюванням, профілактики неінфекційних захворювань, потреб у здоровому харчуванні та зміцнення здоров'я для зменшення факторів ризику та поширення практик здорового способу життя людини та суспільства. Не менш важливим питанням є врахування соціальних та економічних детермінант здоров'я, а також пропагування державної політики та індивідуальної поведінки населення. Вищенаведене виступає стратегічними цільовими орієнтирами розвитку сфери охорони здоров'я.

У процесі реорганізації сфери охорони здоров'я України однією із ключових цілей є покращення якості надання медичної допомоги. У контексті даного дослідження вважаємо за необхідне визначитись із термінологічним апаратом. В першу чергу необхідно визначити сутність основної дефініції дослідження – «якість медичної допомоги» (Додаток А).

Провівши аналіз еволюції терміну можна стверджувати, що сутність практично не змінилась. Основними акцентами трактування дефініції є своєчасність, доступність та повне задоволення потреб пацієнта. Якість медичних послуг прямо впливає на рівень задоволення та лояльності пацієнтів, а, як результат, визначає прибутковість медичних установ. Відтак, підсумовуючи вищесказане, можна стверджувати, що у сфері охорони здоров'я якість виступає стратегічним інструментом підтримки конкурентних переваг установи.

Однією із стратегічних цілей сталого розвитку є забезпечення охорони громадського здоров'я. Протягом останніх років інтерес пацієнтів до якості медичних послуг поступово зростає, пацієнти починають формувати низку характеристик, які прагнуть отримати. Раніше основним бажанням було забезпечення доступу до медичних послуг, зараз створюється більше можливостей через збільшення пропозиції. Зважаючи на вищевикладене, заклади охорони здоров'я посилюють свої зусилля для покращення якості медичних послуг. Загалом, у науковій літературі зазначається, що концепція задоволеності пацієнтів була започаткована через підвищений інтерес до покращення якості медичних послуг і є складовою процесу вдосконалення медичних послуг [27].

Зважаючи на специфічність досліджуваної сфери керівництво закладів охорони здоров'я фокусує увагу на оптимальній медичній допомозі та послугах, з урахуванням індивідуальності, щоб отримати більше повторних відвідувань, підвищення конкурентоспроможності на ринку. Підвищення інтересу до якості медичних послуг пояснює численні дослідження, що вивчають зв'язок між якістю медичного обслуговування та рівнем задоволеності пацієнтів [32, 25].

Відтак, враховуючи вищенаведене, можна зробити висновок, що з метою підвищення якості медичних послуг необхідно проводити комплексний аналіз складових. Хибним є підхід, орієнтований на порівнянні компонент, особливо між різними закладами. Медичні послуги є досить специфічним видом послуг, що потребує індивідуального підходу та оцінки кожної окремої ситуації. Вважаємо, що уніфікований набір складових (компонент) гальмує процес удосконалення галузі.

1.3. Методичні підходи до визначення якості медичної допомоги

У науковій літературі зазначається, що показники ефективності синтезуються виходячи із клінічних рекомендацій, і тому можуть бути дуже специфічними в залежності від типу захворювання та призначені для

вимірювання систем надання медичної допомоги [36]. Проте методи та інструменти забезпечення та контролю якості медичної допомоги достатньо типові (рис. 1.1).

У процесі організації контролю якості медичних послуг науковці пропонують розділяти інструментарій на зовнішні (ті, що здійснюються третьою стороною) та внутрішні (інструменти, що використовуються персоналом підприємства). Перелік методів є типовим (див. рис. 1.1), проте за необхідності може бути розширеним.

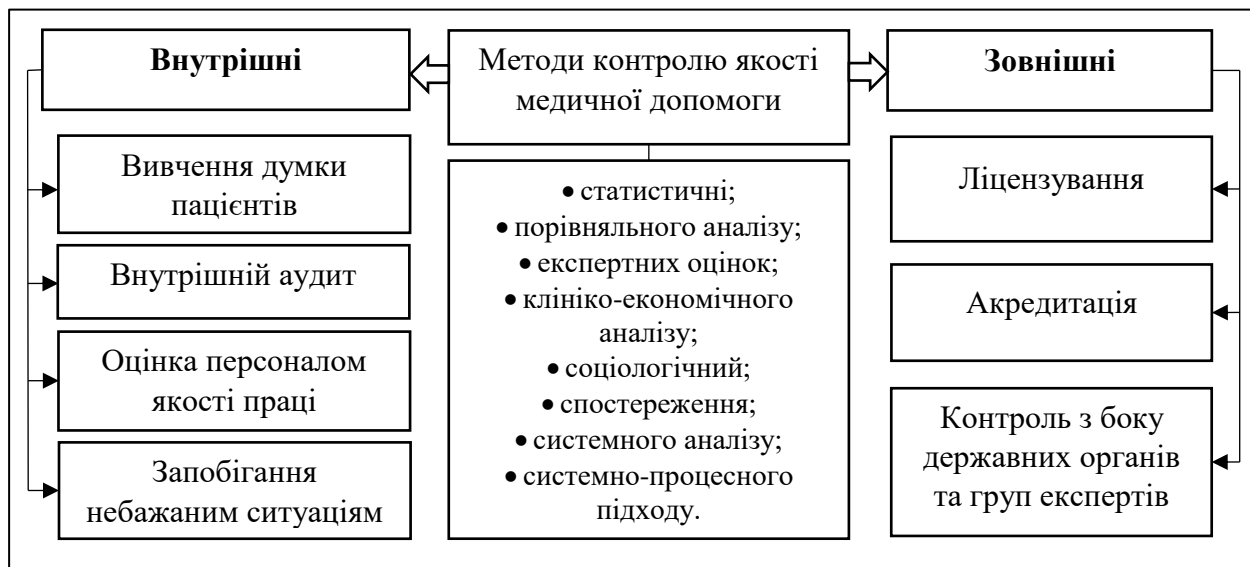


Рис. 1.1. Основні методи забезпечення якості медичних послуг

Джерело: адаптовано [17, 22]

У науковій літературі наведено багато групувань індикаторів якості медичних послуг. Система охорони здоров'я є однією з найскладніших систем надання послуг населенню. Надання якісних медичних послуг вимагає координації низки організацій і установ, а також складних діагностичних, терапевтичних та логістичних процесів і практик. Науковці [22, 33] стверджують, що складність системи охорони здоров'я та її бюрократична та високовідомча структура створюють перешкоди для покращення якості медичної допомоги. Крім того, проблеми охорони здоров'я є складними і вимагають високого рівня індивідуальних рішень. Універсальні рішення не можуть бути реалізованими у даній сфері, оскільки кожна ситуація і кожен

пацієнт різні. Просте завдання вимагає спілкування та співпраці різних відділів і співробітників.

Взаємодія між персоналом медичного закладу та пацієнтами відіграє значну роль в оцінці якості наданих послуг. Одним із методів оцінки якості послуг є «SERVQUAL» [36] - інструмент оцінки якості послуг. Дана модель передбачає оцінку якості обслуговування на основі п'яти основних цінностей: надійність (своєчасність надання медичних послуг, можливість електронного запису, результативність лікування тощо); чуйність (доброзичливість персоналу, врахування зауважень пацієнтів, готовність допомогти тощо); впевненість (професіоналізм та кваліфікованість персоналу закладу охорони здоров'я, безпечність обраного лікування тощо); емпатія (вміння донести інформацію пацієнтові на зрозумілій мові, врахування індивідуальних особливостей кожного пацієнта, сприйняття індивідуальних потреб пацієнтів тощо); фізичний стан (зовнішній вигляд приміщень та працівників закладу, санітарний стан закладу, чистота, охайність тощо).

На нашу думку, модель «SERVQUAL» може бути ефективно використана для оцінки якості медичних послуг за умови коректної інтерпретації кожного з п'яти критеріїв з урахуванням особливостей сфери охорони здоров'я. Проте важливо окремо дослідити питання доступності, що є достатньо актуальним для України. На нашу думку, доступність включає фінансову складову, особливо високоспеціалізованої медичної допомоги, а також безпосередньо можливість отримання такої допомоги. Питання доступності (фінансової захищеності) піднімається і у характеристиках стратегічних цілей сталого розвитку.

Зважаючи на основну мету відвідування медичного закладу – отримання лікування, очевидним є те, що ключовими результатами, яких планується досягти у процесі надання медичних послуг є клінічна ефективність лікування та задоволення пацієнта. Кожен з п'яти критеріїв має зв'язок із ефективністю лікування та впливає на задоволення пацієнта. Оскільки головною метою пацієнтів, які відвідують медичні заклади, є лікування незважаючи на відмінну

якість обслуговування, якщо ефективність лікування буде низькою, це негативно вплине на задоволеність та лояльність. Результати лікування впливають на відносини між пацієнтом та медичним закладом, що, у подальшому, визначатиме конкурентоспроможності установи.

Також цікавим є досвід Ірану [33], де виокремлено 182 індикатори якісної медичної допомоги, що ґрунтуються на опитуванні 700 респондентів (зацікавлених сторін у сфері охорони здоров'я, включаючи політиків, менеджерів, постачальників та пацієнтів). Отримані індикатори згруповано у п'ять категорій: оточення, емоційна підтримка, економічна обґрунтованість, результативність (дієвість) та клінічна ефективність. Якісна медична допомога включає такі характеристики, як доступність, прийнятність, відповідність, компетентність, своєчасність, конфіденційність, уважність, турбота, чуйність, підзвітність, точність, надійність, комплексність, безперервність, справедливість, зручність та можливість. Забезпечення безпеки, зниження смертності та захворюваності, покращення якості життя та залучення пацієнтів у наукових працях також розглядаються як індикатори якості [34].

Наведене групування індикаторів якості є складним та провокує низку перешкод у процесі оцінки. Зокрема, незрозумілим залишається розмежування показників груп клінічної ефективності та результативності (дієвості). Проте, варто зауважити, що важливо зважати на стан оточення та емоційну підтримку у процесі надання медичних послуг. Дослідження доводять їх вплив на результат. Медичний працівник повинен бути обізнаним і чутливим до культури пацієнта. До того ж знання соціально-демографічних даних пацієнтів допомагає лікарю краще спілкуватися з пацієнтом, пояснювати ситуацію і досягати довіри.

РОЗДІЛ 2. ЯКІСТЬ НАДАННЯ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2.1. Стан державної підтримки забезпечення якості надання медичної допомоги

Світовий досвід доводить існування низки методів лікування, що дають можливість значно знизити захворюваність та смертність у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, або з ризиком їх розвитку [30, 35]. Проте дослідження світових науковців продемонстрували, що значна частина пацієнтів досі не отримують ефективне, безпечне, високоякісне лікування серцево-судинних хвороб своєчасно [26, 31]. У науковій літературі [37] зазначається, що однією із стратегій подолання проблеми поширення серцево-судинних захворювань населення є забезпечення послідовного впровадження медичної допомоги.

Одним з інструментів державної політики у сфері охорони здоров'я є механізм реалізації відповідних бюджетних програм. Доказом є досвід Сполучених Штатів Америки, де протягом останніх років було розроблено низку програм покращення якості надання висококваліфікованої медичної допомоги. Розроблені програми використовуються у більшості лікарень, у результаті чого майже 80% пацієнтів можуть отримати кваліфіковану допомогу при серцево-судинних захворюваннях. Результатом наведеної політики США є різке зниження 30-денної смертності від інфаркту міокарда (на 29,4%), від серцевої недостатності (16,4%) та від інсульту (4,7%) [31]. Дана тенденція показує позитивний результат реалізації державних програм, основними акцентами яких є якість та доступність медичної допомоги.

У контексті дослідження нами було проаналізовано 29 бюджетних програм Міністерства охорони здоров'я України, що реалізуються у поточному (2021 р.) році (Додаток Б). Слід зауважити, що всі досліджені програми мають типову форму та групи результативних показників, що значно

полегшує процес роботи із документами. Всі досліджені програми можна умовно поділити на чотири основні групи:

- організація і підготовка кадрів у сфері охорони здоров'я;
- реконструкція корпусів та капітальне будівництво;
- надання медичної допомоги населенню;
- протиепідеміологічні заходи.

Поява четвертої групи програм є результатом поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, що провокує пандемію у світі з 2019 р. Із усіх досліджених програм обрано три документи, на прями яких містять надання висококваліфікованої кардіологічної допомоги (надання висококваліфікованої медичної допомоги із впровадженням нових експериментальних наукових розробок та сучасних медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладів; надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню; оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги) [18, 19]:

1. Бюджетна програма «Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я наукових установ та вищих навчальних медичних закладів Міністерства охорони здоров'я України», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України №241 від 12.02.2021 р. (обсяг бюджетних призначень: 1,82 млрд. грн. (табл.2.1));

2. Бюджетна програма «Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України №241 від 12.02.2021 р. (обсяг бюджетних призначень: 1,77 млрд. грн. (табл.2.1));

3. Бюджетна програма «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення», затверджена наказом Міністерства

охорони здоров'я України №352 від 25.02.2021 р. (обсяг бюджетних призначень: 122,57 млрд. грн. (табл.2.1)).

Таблиця 2.1

Характеристика основних бюджетних програм у сфері охорони здоров'я України у 2021 р.

№ п/п	Назва бюджетної програми	Обсяг бюджетних призначень		
		Загальний фонд, млн. грн	Спеціальний фонд, млн. грн	Разом, млн. грн
1	Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я наукових установ та вищих навчальних медичних закладів Міністерства охорони здоров'я України	1762,0	55264,9	1817,3
2	Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	1757,2	9,6	1766,8
3	Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	121088,0	1482,1	122570,1

Цілями державної політики у сфері охорони здоров'я на які спрямованні вищенаведені програми є створення доступної та спроможної мережі спеціалізованих закладів охорони здоров'я для надання якісних медичних послуг, а також швидке одужання пацієнтів. Основною ж метою реалізації досліджуваних бюджетних програм є підвищення якості надання медичних послуг, зокрема рівень діагностики та лікування задля покращення здоров'я та якості життя населення [18, 19]. Виходячи із вищенаведеного якості є одним із ключових показників у сфері охорони здоров'я.

На рис. 2.1 наведено структуру розподілу виділених коштів за основними напрямками програм. На рис. 2.1 не наведено структуру розподілу коштів бюджетної програми «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення» оскільки повний обсяг асигнувань у 2021 р. заплановано спрямувати на оплату медичних послуг населенню. У структурі обсягів фінансування наведених на рис. 1 документів майже всі кошти (90% і більше) спрямовано на надання медичної допомоги.



А

Б

Примітка. А - Бюджетна програма «Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я наукових установ та вищих навчальних медичних закладів Міністерства охорони здоров'я України»

Б - Бюджетна програма «Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я»

Рис. 2.1. Структура обсягів фінансування бюджетних програм за напрямами реалізації у сфері охорони здоров'я у 2021 р.

Вищенаведена ситуація демонструє низький рівень фінансування закупівлі обладнання та реконструкції приміщень. У науковій літературі [22, ст. 58] зазначається, що сучасна галузь охорони здоров'я характеризується наявністю застарілої матеріально-технічної бази, особливо закладів третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Слід також звернути увагу на підвищення складності вирішення питань модернізації під час пандемії.

Кінцевою метою програм у сфері охорони здоров'я є досягнення бажаних результатів здоров'я та покращення якості життя населення. Виходячи із вищенаведеного очевидним є те, що вимірювання якості є обов'язковим. Тому у подальших дослідженнях важливо визначитись із ключовими індикаторами якості надання високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги.

2.2. Якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги НІССХ ім. М. М. Амосова

У контексті даного дослідження зосереджено увагу на діяльності Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова, як установи, що надає високоспеціалізовану кардіологічну допомогу. У ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України» вперше проведено хірургічне лікування вад серця у 1955 р. У 1958 р. вже розпочато застосування штучного кровообігу у процесі проведення операцій. Як зазначається у історії інституту, за 25 років він став основним науковим, лікувальним та навчальним закладом [13].

На даний час у Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова функціонує 16 операційних залів із сучасним обладнанням. Для госпіталізації пацієнтів доступно 370 лікарняних ліжок [13]. Перелік структурних підрозділів медичного закладу наведено у додатку В. Важливим показником якості надання медичних послуг є результативність (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Динаміка проведення лікування пацієнтів ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України»

Показник	Роки				2020 р у % до 2017 р.
	2017	2018	2019	2020	
Поступило пацієнтів	6322	6663	6945	4566	72,2
Вибуло пацієнтів	6320	6648	6976	4607	72,9
Прооперовано пацієнтів	4409	4647	5037	3381	76,7
Кількість операцій	4652	4918	5355	3620	77,8
Кількість померлих пацієнтів	111 (1,7%)	113 (1,7%)	103 (1,5%)	92 (2%)	82,9
Кількість померлих прооперованих пацієнтів	68 (1,5%)	66 (1,3%)	59 (1,1%)	52 (1,4%)	76,5
Кількість ліжкоднів	63719	66072	66626	39269	61,6
Хірургічна активність, %	73,6	74,0	76,7	78,6	-

Джерело: Побудовано за даними НІССХ ім. М. М. Амосова

Значне зниження кількості пацієнтів та проведених оперативних втручань у 2020 р, порівняно із попередніми періодами (на 28% та 22% відповідно),

пояснюється обмеженнями спричиненими поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2. Слід також зауважити, що із поширенням хвороби значно підвищуються ризики для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, про що свідчить збільшення смертності після операцій на 0,2% у 2020 р.

Слід зауважити, що оцінка продуктивності є необхідною умовою збору даних (основа для використання показників ефективності). Управління продуктивністю передбачає встановлення цілей та використання циклу «планування-виконання-навчання-дія» для оцінки, покращення та переоцінки результату. Як класичний цикл менеджменту дієвим є виправлення неточностей та помилок задля покращення результативності. У процесі оцінки важливим етапом є адекватне формулювання результату, що планується досягти.

На прикладі Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова результатом може слугувати кількість проведених операцій та смертність після них(рис. 2.2).

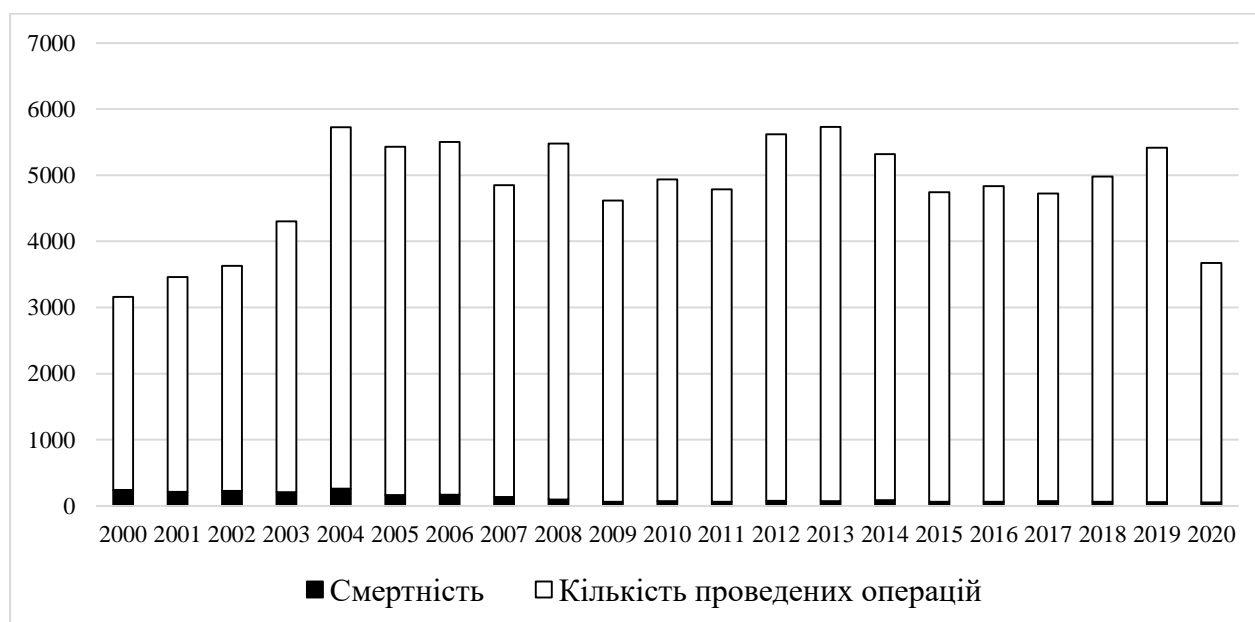


Рис. 2.2. Динаміка кількості проведених операцій та смертність пацієнтів за 2000-2020 рр.

Джерело: Побудовано за даними НІССХ ім. М. М. Амосова

З даних, наведених на графіку видно, що за останні 20 років смертність після проведених операцій знизилась з 8,3% у 2000 р. до 1,4% у 2020 р. Тобто прослідковується очевидна позитивна тенденція клінічної результативності надання високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги.

У Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова пацієнти проходять скринінг стану здоров'я через три, шість та дванадцять місяців для контролю за самопочуттям та результатами проведених медичних процедур. Тобто працівники мають можливість отримати зворотній зв'язок та запровадити заходи покращення процесу надання медичних послуг. Вважаємо, що враховуючи позитивні клінічні результати лікування серцево-судинних хвороб даний заклад можна розглядати як прикладом управління якістю надання медичних послуг.

У контексті проведених досліджень питань якості медичних послуг встановлено, що існує декілька груп показників та підходів до їх оцінки. У процесі визначення якості медичних послуг залучені такі сторони: держава (міністерство охорони здоров'я, регіональні управління охорони здоров'я тощо), медичні заклади (керівництво), медичні працівники (персонал медичних закладів), пацієнти (споживачі послуг). Логічним є те, що різні сторони по різному визначають пріоритетність показників якості медичних послуг. Вирішення даного питання можливе шляхом проведення фокусованого групового інтерв'ю із різними стейкхолдерами, безпосередніми учасниками процесу надання медичних послуг (пацієнти, медичні працівники, керівництво медичними закладами).

Загальновідомо, що метод фокусованого групового інтерв'ю широко застосовується у соціології, як якісний метод збору інформації. Даний метод є допоміжним інструментом у процесі вирішення поставлених у дослідженні завдань. У процесі спілкування модератора групового дослідження було сформовано гіпотезу дослідження: ранжування критеріїв якості медичних послуг залежать від групи стейкхолдерів. У процесі удосконалення медичних послуг важливим етапом є встановлення критеріїв задоволеності пацієнтів.

Тому, в першу чергу, було вирішено провести дослідження думки пацієнтів, що отримували послуги у Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова за останні п'ять років. Алгоритм проведення фокусованого групового інтерв'ю наведено у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Алгоритм проведення фокусованого групового інтерв'ю

Номер	Назва етапу	Зміст етапу
1	Формування мети та завдання дослідження	Мета: визначити ключові критерії оцінки якості медичних послуг (надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги)
2	Визначення кількості учасників	Стейкхолдерів поділено на три групи. Перша група пацієнтів налічувала 10 осіб. Друга група медичних працівників складалась із 8 лікарів. Третя група керівників закладів налічувала 5 осіб.
3	Призначення модератора та формування сценарію проведення фокусованого групового інтерв'ю	Модератор дискусії: Юрій Тарасенко. Сценарій дослідження передбачав обговорення ключового питання – ранжування критеріїв надання медичних послуг.
4	Визначення місця проведення фокусованого групового інтерв'ю	Місце та час дослідження узгоджено із кожною групою учасників окремо.
5	Проведення фокусованого групового інтерв'ю	Проведено три окремі дискусії із різними групами стейкхолдерів. Тривалість проведення фокус-групи – 40 хв.
6	Аналіз результатів та підготовка звіту	Результати проведення фокусованого інтерв'ю проаналізовано та систематизовано (рис. 2.2).

Джерело: власні дослідження

Всі учасники фокусованих групових інтерв'ю одного соціального статусу, що покращує процес спілкування та висвітлення власної думки. Перед проведенням зустрічі всі респонденти були поінформовані щодо тематики дискусії та мали досвід роботи або отримання послуг у закладах охорони здоров'я третьої ланки. Відтак, застосування методу фокусованого групового дозволяє узагальнити та ранжувати перелік ключових показників якості медичних послуг для різних груп стейкхолдерів, що неможливо зробити за допомогою аналізу статистичних даних та медичних звітів.

Основним завданням дослідження є визначення ключових показників якості медичних послуг. У процесі дискусії респондентів ознайомили із переліком можливих показників ґрунтуючись на моделі «SERVQUAL», що є

одним із інструментів оцінки якості надання послуг. Сфера охорони здоров'я є достатньо специфічною, тому нами адаптовано показники моделі до умов надання медичних послуг (рис. 2.3). Використання параметрів концепції «SERVQUAL» передбачає обговорення показників в середині компанії та з клієнтами, тому зустрічі, передбачені у рамках проведення фокусованого групового інтерв'ю, повністю відповідають даним вимогам.

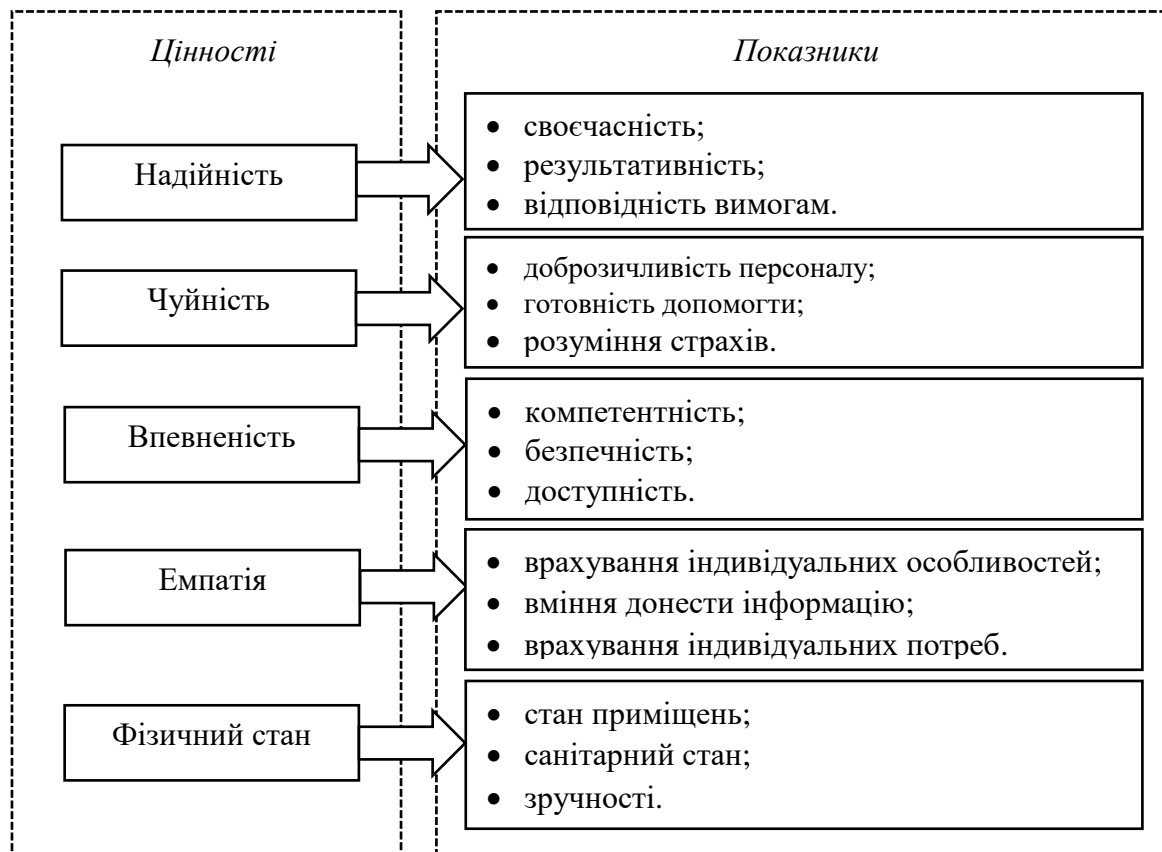


Рис. 2.3. Групи показників якості надання медичних послуг

Джерело: власні дослідження

Респонденти знайомі із поняттям якості медичних послуг. Всі присутні у процесі дискусії висловили розуміння необхідності підвищення якості надання медичних послуг, а також зауважили на актуальності та своєчасності піднятого питання. На рис. 2.4 наведено результати проведених фокус груп.

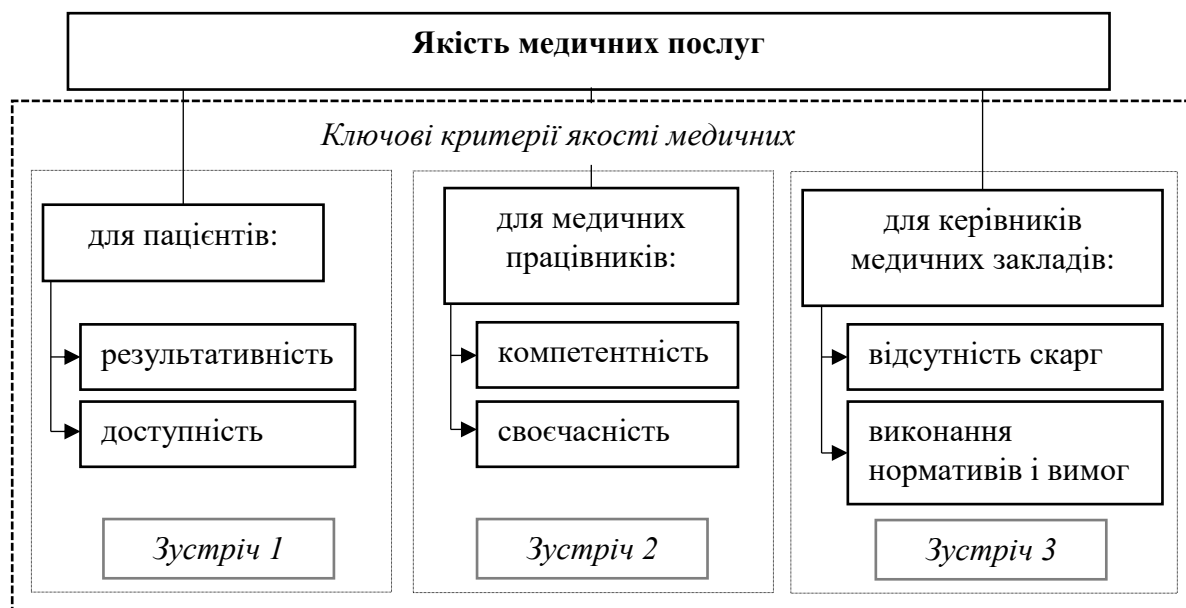


Рис. 2.4. Пріоритетність критеріїв якості медичних послуг для різних груп стейкхолдерів за результатами фокус-груп

Джерело: власні дослідження

Обговорюючи критерій доступності медичних послуг всі, без виключення, учасники групи пацієнтів мали на увазі фінансову складову (вартість матеріалів, роботи медичних працівників, дороги до медичного закладу та проживання родичів, що доглядають хворого). Вартість надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги висока та не завжди доступна середньому класу мешканців нашої держави. Тому у процесі обговорення було виокремлено дві пропозиції вирішення проблеми:

- державна допомога;
- страхова медицина.

Логічним є також виокремлення критерію клінічної результативності, як ключового, оскільки основною метою звернення до закладу охорони здоров'я є одужання. Цікавим є факт, що респонденти зауважили на не важливості використання інноваційних методів лікування.

До групи медичних працівників увійшли практикуючі лікарі хірурги. Було визначено два ключові показники якості медичної допомоги. Дискутуючи про компетентність медичного персоналу встановлено, що у дане поняття

включається постійне підвищення кваліфікації та саморозвиток лікарів. У більшості закладів охорони здоров'я України відмічено відсутність мотиваційної складової, що спонукає персонал підвищувати кваліфікацію. Даний аспект є декларативних та виконується під примусом.

Своєчасність звернення пацієнтів до закладів охорони здоров'я визначено як основну проблему негативних наслідків лікування. Важливим є формування відповідальності населення за власне здоров'я (здоровий спосіб життя, правильне харчування, профілактика захворювань, регулярне проходження медичного огляду).

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1. Обґрунтування факторів впливу на якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги

Специфіка процесу надання кардіологічної висококваліфікованої медичної допомоги полягає у тому, що пацієнт потребує постійного нагляду у післяопераційний період. Велика кількість пацієнтів знижує увагу до власного здоров'я після певного часу після лікування. Основна проблема для подальших зусиль розвитку сфери охорони здоров'я полягає в покращенні серцево-судинної допомоги впродовж усього періоду лікування всіма постачальниками допомоги, а не лише висококваліфікованими спеціалістами.

Загальновідомо, що характер та особистість лікаря впливають на якість медичних послуг, що він надає, зокрема у кардіології. У процесі проведення фокусованого групового інтерв'ю медичні працівники зазначали, що особистість лікаря, зовнішній вигляд і стосунки з пацієнтом впливають на якість медичних послуг. Лікарі розвивають добрі стосунки зі своїми пацієнтами, використовуючи деякі особистісні характеристики, такі як повага, доброзичливість, надійність, інтелект і впевненість.

Слід зауважити, що залучення та співпраця пацієнтів із лікарями необхідні і впливають на результат лікування. У разі якщо лікарі належним чином виконують свою роботу, але пацієнт не виконує вказівки лікаря, цілі не будуть досягнуті. Клінічні результати залежать від здатності пацієнтів надавати інформацію та співпрацювати з клініцистами. Більше того, відсутність довіри пацієнтів до лікарів і відсутність знайомства з медичною практикою збільшує невизначеність і призводить до повторних відвідувань лікаря.

У державній лікарні у нашій країні попит на медичні послуги дуже високий. Проте саме у державному секторі лікарі не мотивовані покращувати свої комунікативні навички та підвищувати кваліфікацію в цілому, оскільки

такі зміни жодним чином не впливатимуть на рівень доходу. Можливість професійного розвитку не завжди заохочується менеджерами. До того ж лікарям часто доводиться працювати в інших лікарнях, щоб мати можливість оплатити витрати на проживання, що спричиняє перевтомлюваність та знижує мотивацію. Відсутність конкуренції, особливо в державному секторі, також розглядалася як причина ігнорування якості в системі охорони здоров'я.

Слід зауважити, що розриви в оплаті праці фахівців у сфері охорони здоров'я дуже великі. Працівникам будь-якої сфери, зокрема охорони здоров'я, важливо бачити, що власний внесок визнається і цінується керівництвом держави, нехай навіть символічно. Задоволення роботою лікарів прямо впливає на якість надання високоякісних медичних послуг пацієнтам. Пропонуємо визначати такі організаційні фактори, що впливають на мотивацію і, відповідно, на задоволення від роботи: достойна оплата праці, робоче середовище, налагоджений менеджмент, мікроклімат у колективі, визнання, безпека роботи та шанси на підвищення.

Доступність ресурсів слід розглядати як окремий фактор впливу на якість медичних послуг. Попит на медичні послуги виходить за межі можливостей медичних установ. Ресурси охорони здоров'я, як правило, обмежені, але очікування пацієнтів дуже високі. Недостатня інфраструктура, ресурси та обладнання гальмують надання якісної кардіологічної висококваліфікованої медичної допомоги, оскільки дана сфера потребує точності та залучення дороговартісних матеріалів. Також для ефективної діагностики та лікування пацієнтів необхідна хороша інформаційна система пацієнтів (електронні архіви історії пацієнта).

Підсумовуючи вищенаведене, узагальнено фактори впливу на якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги (рис. 3.1).

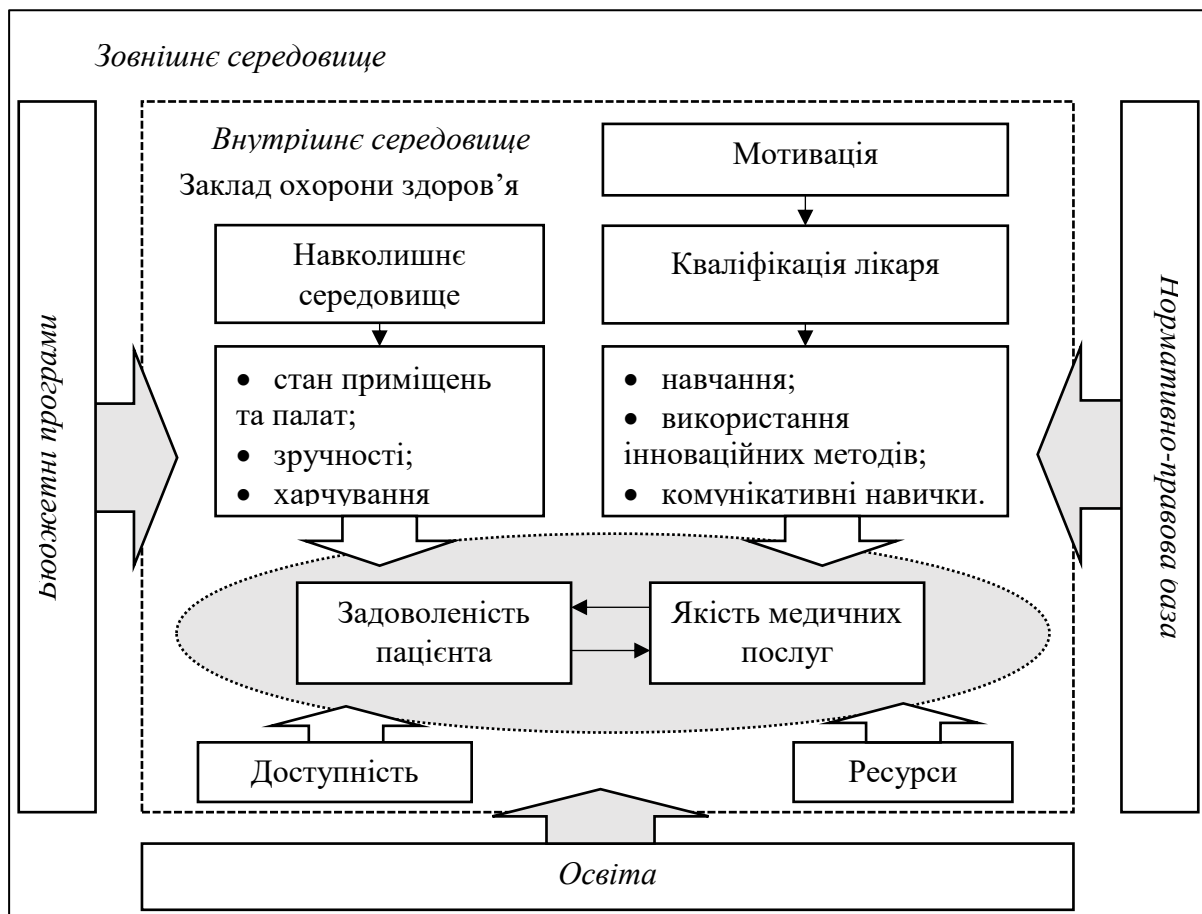


Рис. 3.1. Фактори впливу на якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги

Джерело: власні дослідження

На рис. 3.1 наведено різноманітність соціальних, організаційних, екологічних та економічних факторів, які впливають на задоволеність і відданість лікаря, що, у свою чергу, впливає на якість медичних послуг. Організаційні фактори включають умови праці, ресурси та відносини у колективі. Фактори навколишнього середовища складаються з екологічних, економічних і соціальних впливів. Крім того, суб'єктивні властивості лікарів, включаючи пріоритет, який вони надають медичній допомозі, мали б помірний вплив на надання допомоги. Медичні працівники, як правило, обтяжені великими навантаженнями і поганими соціальними пакетами. Усі ці фактори заважали надавати якісні медичні послуги, особливо в секторі охорони здоров'я.

Відтак, основним фактором впливу на якість високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги є мотивація медичних працівників. Серед додаткових організаційних факторів виділено: достойна оплата праці, робоче середовище, налагоджений менеджмент, мікроклімат у колективі, визнання, безпека роботи та шанси на підвищення. Менеджмент сфери охорони здоров'я має передбачати заохочення працівників з метою підвищення якості надання медичних послуг.

3.2. Побудова Customer Journey Map для візуалізації клієнтського досвіду отримання високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги

З метою дослідження сприйняття пацієнтами медичних послуг, які вони отримують під час відвідування лікувального закладу, використано метод побудови Customer Journey Map (CJM) [40]. Метод відноситься до якісних методів соціологічних та маркетингових досліджень. Він являє собою дослідження та візуалізацію клієнтського досвіду конкретного пацієнта (персони), який він отримує під час вирішення певної медичної проблеми.

Для даного дослідження метод CJM використано у якості індикатора тих точок взаємодії, у яких пацієнти потребують найбільшої підтримки з боку персоналу клініки. Методика побудови CJM включала комунікацію з одним із пацієнтів Консультативної поліклініки НІССХ ім. М.М. Амосова (прізвище та ім'я пацієнта змінено з метою забезпечення анонімності) та вивчення його досвіду відвідування лікувального закладу. На основі отриманої інформації за допомогою інструменту UXPressia побудовано карту досвіду пацієнта та розроблено рекомендації для покращення якості надання медичних послуг (Додаток Г).

На рис. 3.2. наведено алгоритм дій пацієнта у процесі відвідування НІССХ ім. М. М. Амосова. Пропонуємо розбивати його на три основні етапи: за місцем проживання, дорога та безпосереднє відвідування закладу.



Рис. 3.2. Алгоритм дій пацієнта у процесі відвідування НІССХ ім. М. Амосова

Джерело: власні дослідження

У процесі проходження всіх етапів пацієнт переходить від стану занепокоєння, до прийняття ситуації та отримання надії. Встановлено, що основною метою пацієнта було отримати вірний діагноз та пройти коректне лікування яке допоможе вилікувати хворобу. Пацієнт зауважив, що за довгий час відвідування медичних закладів не отримав чіткої відповіді щодо конкретного діагнозу. Така ситуація може бути спровокована тим, що пацієнт, як правило, не розуміє специфічної медичної термінології або не запам'ятав все про що говорив лікар.

Вважаємо, що для коректного пошуку шляхів підвищення якості надання кардіологічної висококваліфікованої допомоги потрібно виокремити всі точки взаємодії пацієнта із медичним персоналом та встановити всі можливі непорозуміння та проблеми. Процедуру отримання висококваліфікованої кардіологічної медичної допомоги розділено на два етапи: підготовка та госпіталізація (табл. 3.1-3.2)

**Формування можливих шляхів вирішення проблем пацієнтів під час
підготовки до відвідування НІССХ ім. М. М. Амосова**

Точки взаємодії	Проблеми, що виникли у пацієнта	Ідеї та можливості вирішення проблем
ПРОБЛЕМА	Жоден із лікарів не дав Сергію чітких і зрозумілих відповідей на питання про стан його здоров'я та подальше лікування. Під час відвідувань закладів охорони здоров'я міста Сергій постійно перебував у стані стресу та нервового напруження.	Розробити та оформити програми для пацієнтів із переліком обов'язкових процедур і аналізів, які необхідно пройти, з адресами закладів (у тому числі приватних) та іншими необхідними заходами. Запровадити психологічні тренінги для лікарів, які навчатимуть базовим підходам до спілкування з пацієнтами з урахуванням їхніх індивідуальних потреб.
ПІДГОТОВКА ДОКУМЕНТІВ	Повного переліку документів, необхідних для консультації в клініці, немає. Немає розуміння, кому з лікарів і як терміново підготувати ті чи інші документи. Обмежені канали зв'язку. Немає можливості записатися на прийом до лікаря онлайн.	Розробити додаткові сторінки сайту клініки з більш детальним описом процедури підготовки до госпіталізації та переліком усіх необхідних документів із зазначенням строку дії аналізів. Забезпечити оприлюднення графіка роботи спеціалістів та правил проведення та вартості найпоширеніших діагностичних досліджень та послуг у різних установах системи охорони здоров'я. Запровадити альтернативні канали комунікації в різних закладах охорони здоров'я.

Джерело: власні дослідження

На етапі підготовки пацієнта до госпіталізації основною проблемою є нестача інформації. Розуміючи, що не всі мешканці держави мають безперешкодний доступ до мережі Інтернет важливим є розробка інформаційних буклетів та розповсюдження їх у обласних та районних кардіологічних відділеннях. Наступним етапом є безпосередній приїзд пацієнта до столиці та відвідування НІССХ ім. М. М. Амосова з метою госпіталізації або отримання консультації (табл. 3.2)

Проаналізувавши досвід одного пацієнта НІССХ ім. М. М. Амосова, можна зробити висновок, що більшість заходів організаційного характеру є простими та не потребують залучення значних фінансових ресурсів. Зокрема,

розробка різного типу буклетів, розміщення додаткової інформації на сайті лікарні, організація інформаційних стендів тощо. Запровадження наведених заходів значно покращить якість послуг закладу.

Таблиця 3.2

Формування можливих шляхів вирішення проблем пацієнтів під час лікування

Точки взаємодії	Проблеми, що виникли у пацієнта	Ідеї та можливості вирішення проблем
ВІЗИТ ДО НІССХ ІМ. М. М. АМОСОВА	Відсутня можливість попереднього дистанційного запису тому довелося спланувати поїздку до Києва таким чином, щоб перебувати в лікарні кілька днів. На території лікарні та навколо неї недостатньо паркувальних місць. Працівників у приймальні не вистачає. У реєстратурі працює лише одна людина, що створює черги та додатковий час.	Розміщення вказівних знаків, що ведуть до Консультативної поліклініки та реєстратури, а також інших відділень. Можливе розміщення плану лікарні на вході. Принаймні дві медсестри повинні працювати у реєстратурі у період великої кількості відвідувачів. Запровадити електронну систему запису (або телефонного запису) для консультації з фахівцем
	Пацієнти не попереджуються про необхідність проходження ПЛР-тестування для відвідування лікарів лікарні.	Поширювати серед кардіологів обласних центрів інформацію про необхідність ПЛР-тестування пацієнтів, які направляються до лікарні.
ВІЗИТ ДО ЛІКАРЯ	Негативний досвід очікування на прийом до лікаря (великі черги). Лікар не поділилася з пацієнтами попередніми результатами обстеження.	Безкоштовний Wi-Fi. Брошури про додаткові медичні послуги. Телевізор, автомати в залі очікування. Обов'язково поділіться попередніми результатами з пацієнтом, перш ніж просити їх пройти медичне обстеження.
ДІАГНОСТИКА	Через щільний графік роботи лабораторії та лікаря доводиться довго чекати додаткових обстежень та записів до лікаря. Через неможливість пройти всі діагностичні процедури за один день пацієнтові довелося залишитися в місті ще на одну добу.	Необхідно оптимізувати час перебування в лікарні, чітко розкриваючи мінімальний набір аналізів, необхідних для відвідування клініки
	Лікар пояснив схему лікування та дав рекомендації. Однак у пацієнта все ще залишалось відчуття, що він не все запитав, і у нього залишилось відчуття тривоги та невпевненості.	Надавати пацієнтам можливість додаткового консультування, розповсюджувати друковані брошури з рекомендаціями, підтримувати контакти з лікарями в обласних центрах.

Джерело: власні дослідження

Пацієнти, що відвідують досліджуваний медичний заклад, як правило вже знаходяться у стані стресу та нервового напруження від страху та попереднього досвіду спілкування із медичними працівниками. Тому, цілком вірогідно, що вони можуть забути частину питань, які їх турбували. Для вирішення наведеного непорозуміння можна оптимізувати час очікування лікарів шляхом ознайомлення із найбільш частими питаннями, що можуть виникнути (буклети). Також запропонувати пацієнтові доповнити перелік питань та занотувати інформацію, яку повідомить лікар. Використання даного методу дозволяє отримати зворотній зв'язок від пацієнтів та відкоригувати роботу медичного закладу. Найчастіше елементарні організаційні зміни можуть суттєво покращити відчуття пацієнта після відвідування установи.

Одним із ключових елементів покращення якості надання послуг, зокрема медичних є отримання зворотного зв'язку. Саме регулярне вивчення думки пацієнтів має спонукати установу до систематичного процесу вдосконалення. У процесі дослідження думки пацієнтів слід враховувати різні фактори, такі як соціально-демографічні дані пацієнтів (вік і стать) і тяжкість захворювання, що впливають на результати у сфері охорони здоров'я.

Висновки та пропозиції

У дипломній роботі викладено теоретико-методичні та прикладні аспекти державної політики забезпечення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги, зокрема:

1. Оскільки світова медична спільнота бере участь у переході до Цілей сталого розвитку, дуже важливо визначити показники для оцінки якості клінічної допомоги. Встановлено, що формування та реалізації бюджетних програм у сфері охорони здоров'я є дієвим інструментом державної політики. При цьому, основною формою таких цільових програм має бути орієнтація на підвищення якості та доступності медичної допомоги.

2. Виявлено, що бюджетні програми Міністерства охорони здоров'я України, що реалізуються у 2021 р., умовно можна поділити на чотири основні групи: організація і підготовка кадрів у сфері охорони здоров'я; реконструкція корпусів та капітальне будівництво; надання медичної допомоги населенню; протиепідеміологічні заходи. Такий розподіл дозволить оцінити повноту та ефективність державних програм з точки зору окремих складових забезпечення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги.

3. Встановлено, що набір методів контролю якості медичної допомоги є типовим для основних галузей охорони здоров'я. Проте, ключовим для сфери елементів покращення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги є отримання зворотного зв'язку від пацієнтів. Адже якість медичних послуг прямо впливає на рівень задоволення та лояльності пацієнтів, а, як результат, визначає прибутковість медичних установ. Визначено, що всі групи учасників надання медичних послуг по різному ранжують показники якості.

4. Адаптовано показники моделі «SERVQUAL» до специфіки сфери охорони здоров'я для оцінки якості надання високоспеціалізованої кардіологічної медичної допомоги. Визначено ключові показники для кожної з груп цінностей (надійність, чуйність, впевненість, емпатія, фізичний стан).

5. Дослідивши досвід пацієнта НІССХ ім. М.М. Амосова встановлено, що основною метою візиту є отримання вірного діагнозу та одужання. Однією із перешкод є відсутність взаєморозуміння між лікарем та пацієнтом через низький рівень освіченості останнього у медичній термінології. Розроблено низку пропозицій щодо покращення рівня обслуговування та нівелювання бюрократичних моментів (можливість електронного запису, покращення умов залів очікування, електронний розклад спеціалістів тощо).

Використана література

1. Громадська та експертна думка про доступність і якість послуг у сфері охорони здоров'я : Аналітичний звіт URL: https://www.auc.org.ua/sites/default/files/analitychnyy_zvit_ohorona_zdorovya_novyuy.pdf (дата звернення: 5.12.2021).
2. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : ДДУУ, Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.
3. Григорович В.Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2010. № 2. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93> (дата звернення: 5.12.2021).
4. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
5. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/ (дата звернення: 5.12.2021).
6. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я. Методичні рекомендації. Ужгород, 2014. 48 с.
7. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я В. М. Пономаренко, А. М. Нагорна, Л. І. Ткач, В. С. Гуменний. Укр. мед. вісті. 1997. № 1 (56). С. 28 – 29.
8. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 №454 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text> (дата звернення: 5.12.2021).
9. Лесь А. В., Ращенко А. В., Тарасенко Ю. М. Державна політика забезпечення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 11. –

URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2382> (дата звернення: 13.12.2021).

DOI: [10.32702/2307-2156-2021.11.39](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2021.11.39)

10. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 3. С. 67–86.

11. Надюк З. Державне управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. К. : Вид-во НАДУ, 2005. № 4. С. 265.

12. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років / Міністерство охорони здоров'я України. URL: moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf (дата звернення: 5.12.2021).

13. [Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова](https://amosovinstitute.org.ua/istoriya/) URL: <https://amosovinstitute.org.ua/istoriya/> (дата звернення: 5.12.2021).

14. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я: Методичні рекомендації МОЗ України, НМАПО ім.П.Л.Шупика, Ів.-Франківський НМУ, Львівський НМУ ім. Данила Галицького. К., 2013. 61 с.

15. Парубчак І.О., Харечко Д.О. Формування та реалізація державної політики соціального захисту в контексті збереження та поліпшення здоров'я осіб похилого віку в Україні. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2019. № 2. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_2/22.pdf (дата звернення: 5.12.2021).

16. Пасмор М. С. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі. *Соціальна економіка* 2017. №1. С. 92–95.

17. Петрашик, Ю. (2015). Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, (3). <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2014.3.3504> (дата звернення: 5.12.2021).

18. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-19 / Верховна Рада країни. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 5.12.2021).

19. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (дата звернення: 5.12.2021).

20. Тарасенко Ю. М. Якість медичних послуг в умовах сталого розвитку *Сучасні екологічні проблеми урбанізованих територій* : зб. матеріалів доп. учасн. IV Всеукр. наук.-практ. конф. Житомир : Поліський національний університет, 2021. С. 43–45.

21. Тарасенко Ю. М. Фактори впливу на якість надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги. *Інструменти і практики публічного управління в контексті децентралізації*: матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. Житомир : Поліський національний університет, 2021. С. 339–345.

22. Сабецька Т. І., Стефанишин Л. С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56-62

23. Фещенко Н.М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення. *Держава та регіони*. 2010. № 3. URL: http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni_2010_6_155-161.pdf (дата звернення: 5.12.2021).

24. Cardiovascular disease. Geneva: World Health Organization; 2013. URL: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 (дата звернення: 19.11.2021).

25. Chang C-S, Chen S-Y, Lan Y-T. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Serv Res*. 2013; 13(1):22.

26. E. F. Ellerbeck, S. F. Jencks, M. J. Radford, T. F. Kresowik, A. S. Craig, J. A. Gold, et al. Quality of care for Medicare patients with acute myocardial

infarction. A four-state pilot study from the Cooperative Cardiovascular Project. *JAMA*. 1995. 273. pp. 1509-1514.

27. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*. 1988; 27(6):637–644.

28. Hsai RY., Tabas JA. The increasing weight of increasing waits // *Arch Intern Med*. 2009. Nov 9. № 169 (20). P. 1826-1932.

29. E. C. Jauch, J. L. Saver, H.P. Adams Jr., A. Bruno, J.J. Connors, B.M. Demaerschalk, American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*., 2013. 44. pp. 870-947.

30. H. M. Krumholz, S. L. Normand, Y. Wang. Trends in Hospitalizations and Outcomes for Acute Cardiovascular Disease and Stroke, 1999-2011. *Circulation*. 2014. 130. pp. 966-975.

31. Lei P, Jolibert A. A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: an empirical study of the Chinese healthcare system. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12(1):436.

32. Mosadeghrad AM (2013). Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3): 203–219.

33. Mosadeghrad A. M. A Conceptual framework for quality of care. *Mat Soc Med*. 2012. 24(4): 251–261.

34. P.T. O’Gara, F.G. Kushner, D.D. Ascheim, D.E. Casey Jr., M.K. Chung, J.A. de Lemos, et al. ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*., 2013. 127. pp. 529-555.

35. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*. 1985;49(4):41-50.

36. Smith S.C. Jr, Fonarow G.C., Piña I.L., Suter R., Morgan L., Taubert K., Sanchez E., Antman E. Improving Quality of Cardiac Care: A Global Mandate. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015 Nov, 68(11):924-7.

37. Sutton M., Nikolova S., Boaden R., Lester H., McDonald R., Roland M. Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *N. Engl. J. Med.* 2012;367:1821–1828. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1114951>
Available at: (accessed 02.12.21)

38. Quality of Care and Outcomes Research in CVD and Stroke Working Groups. Measuring and Improving Quality of care: a Report From the American Heart Association/American College of Cardiology First Scientific Forum on Assessment of Healthcare Quality in Cardiovascular Disease and Stroke, 101 (2000), pp. 1483-1493.

39. Turnock B.J. second ed. Jones and Bartlett; Sudbury, MA: 2012. Public health: essentials of public health. <http://www.amazon.com/Essentials-Of-Public-Health-Essential/dp/1449600220> Available at: (accessed 02.12.21)

40. What is Customer Journey Map? URL: <https://www.visual-paradigm.com/guide/customer-experience/what-is-customer-journey-mapping/> (дата звернення: 5.12.2021).