

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

КУХАРУК АННА ПАВЛІВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 351.77:614
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
(тема роботи)

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

А. П. КУХАРУК
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
СИМОНЕНКО Леся Іванівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління
за результатами попереднього захисту: **КУХАРУК Анну Павлівну** допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від « _____ » січня 2023 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

« _____ » січня 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **КУХАРУК Анна Павлівна** захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ - _____
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

КУХАРУК А. П. Управління якістю у сфері охорони здоров'я. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет. Житомир, 2023 р.

У першому розділі систематизовані теоретичні засади управління системою якості медичної допомоги.

Другий розділ присвячений аналізу впливу публічного управління у сфері якості на ресурсний потенціал закладів охорони здоров'я.

У третьому розділі сформовано пропозиції щодо напрямків модернізації на локальному рівні управління системою якості медичної допомоги.

Ключові слова: управління, якість медичної допомоги, управління якістю, заклад охорони здоров'я, кадровий потенціал, стандартизація, реформа охорони здоров'я.

SUMMARY

KUKHARUK A. Quality management in health care. – Qualification work on manuscript rights. Qualification work for obtaining the Master's degree, specialty 281 «Public management and administration». – Polissya National University. Zhytomyr, 2023.

The first chapter systematizes the theoretical principles of management of the quality system of medical care.

The second section is devoted to the analysis of the impact of public management in the field of quality on the resource potential of health care institutions.

In the third section, suggestions are made regarding directions for improving the quality management system of medical care at the local level.

Key words: management, quality of medical care, quality management, health care facility, personnel potential, standardization, health care reform.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	8
1.1. Стандартизація організаційних процесів у системі управління якістю медичної допомоги	8
1.2. Формування політики закладу охорони здоров'я у сфері якості	12
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЯКОСТІ НА РЕСУРСНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	18
2.1. Медико-демографічна ситуація та ресурси системи охорони здоров'я у Житомирській області	18
2.2. Публічне управління в сфері якості у закладах охорони здоров'я	21
РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЯКОСТІ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	24
ВИСНОВКИ	33
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	35
ДОДАТКИ	43

ВСТУП

Актуальність теми. Рівень розвитку медицини є одним із основних індикаторів успішності державної політики у розвинених країнах світу. Власне середня тривалість життя, доступність лікарських засобів і якість медичних послуг визначають на скільки влада відповідально ставиться до своїх обов'язків перед громадянами, окреслюють напрямок руху на шляху до реалізації дієвої політики у сфері охорони здоров'я. Здоров'я людини визнається у світі настільки важливим, що показник його стану найпершим входить у визначення індексу людського розвитку, це універсальний показник рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни, який є чутливим індикатором ефективності системи державного управління.

В Україні сьогодні відбувається державно-правова реформа, проходить розбудова вітчизняної правової системи. Залучено до цих процесів і законодавство про охорону здоров'я. Держава сприяє розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності. Вдосконалення системи охорони здоров'я, запровадження медичних послуг, їх доступності, промоції здорового способу життя та створення належних умов праці є головними пріоритетами політики реформ.

Реалізація права людини на забезпечення ефективними лікувальними та профілактичними послугами в достатньому обсязі та високої якості залежить від адекватності та актуальності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, кваліфікації лікарів, компетентності керівників закладів, поінформованості населення щодо важливості заходів профілактики та збереження свого здоров'я. Напрямок державної політики в Україні щодо реформування діючої системи охорони здоров'я, створення ефективної національної моделі управління механізмами публічного адміністрування нею, визначається збалансованим розрахунком потреб системи у фінансових ресурсах, створенням механізму ефективного функціонування як окремих її елементів, так і всієї системи забезпечення якісних медичних послуг.

Об'єктом дослідження є державна політика управління якістю у системі охорони здоров'я.

Предметом дослідження є засади економіко-правових механізмів публічного управління при створенні якісних послуг у закладах охорони здоров'я, їх вплив на ресурсний потенціал галузі.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження теоретичних і практичних аспектів управління системою якості медичної допомоги.

Досягнення поставленої мети зумовило вирішення наступних завдань:

- дослідити необхідність побудови ефективної системи управління якістю медичних послуг;

- виділити особливості якості медичної послуги як соціально-економічної категорії, на основі якої ґрунтується концепція управління системою надання медичної допомоги;

- вивчити проблеми і засади профілактичної, лікувальної медицини, організаційно-інформаційного та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я області, доступність первинної медичної допомоги населенню;

Методи дослідження. Розв'язання вказаних задач у роботі буде здійснюватися шляхом використання загальнонаукових та спеціальних методів наукового дослідження. Методи системного аналізу, синтезу та порівняння стали основою для визначення зв'язків між елементами моделі публічного управління в системі охорони здоров'я та визначили аспекти використання систем управління якістю як складову реформування медичної галузі в Україні. Факторний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я виокремлює чинники, що впливають на конкурентноспроможність закладів у системі медичних послуг. Методом логічного узагальнення проведено визначення сутності, критеріїв та принципів управління якістю. Прогностичний метод використано при проведенні аналізу структури кадрового забезпечення, навчання та мотивації персоналу при впровадженні нових підходів у взаємодії із пацієнтами та формуванні політики якості у закладі.

Теоретичну та інформаційну основу досліджень становили законодавчі акти України, нормативна база та вітчизняні й міжнародні стандарти якості ISO 9000:2015, аналітичні матеріали щодо розвитку системи охорони здоров'я в Житомирській області, статистична інформація щодо реалізації Концепції реформи фінансування охорони здоров'я в Україні за принципом універсального охоплення медичними послугами.

Наукова новизна одержаних результатів. У магістерській роботі проведене обґрунтування концептуальних засад перспектив управління якістю медичної допомоги, роль кадрового потенціалу у формуванні якісної медичної послуги, запропоновано наукові, методологічні та практичні рекомендації щодо вирішення проблемних питань.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що теоретичні положення, висновки, практичні рекомендації дослідження можуть бути використані в діяльності органів виконавчої та законодавчої влади, а також органів місцевого самоврядування для вдосконалення механізмів публічного управління якістю медичної допомоги у закладах охорони здоров'я в Україні.

Апробація результатів дослідження. Наукові положення, викладені у кваліфікаційній магістерській роботі, пройшли апробацію на науково-практичних конференціях «Студентські наукові читання-2022» 15 грудня 2022 року, Житомир, Поліський національний університет.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Стандартизація організаційних процесів у системі управління якістю медичної допомоги

Наказ МОЗ України № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 р визначає поняття якості медичної допомоги як «надання медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я» [16].

Зарубіжні науковці під якістю медичних послуг розуміють, першочергово, не лише відповідність певним стандартам та відсутність негативних наслідків медичних втручань, а також їх фінансову доцільність, орієнтованість на споживача. За визначенням Р. Максвелла, якісна медична допомога характеризується доступністю, справедливістю, відповідністю потребам суспільства, ефективністю, дієвістю та економічністю [24]. Д. Еванс, Т. Едиджер та ін. якісну систему охорони здоров'я трактують як рівень досягнення системами охорони здоров'я мети у поліпшенні здоров'я і відповідності справедливим очікуванням населення [25].

Теоретичні основи якості медичної допомоги та їх практичне впровадження у медичну практику сформулював та розробив видатний учений А. Донабедіан [22].

Учений запропонував системний, комплексний підхід до оцінки якості шляхом застосування моделі, згідно з якою «якість медичної допомоги оцінюється з позиції оцінювання трьох її компонентів: структури, процесу і результату» [22]. Матеріально-технічні ресурси та людські ресурси які використовують для надання медичних послуг визначають структуру. План фактичного лікування запропонований пацієнту визначають процес. Кінцевий наслідок послідовності дій, що відбуваються з пацієнтом у процесі лікування

(тривалість перебування в ліжку, одужання, виникнення ускладнень) визначають результат [22].

Нормативно, у національній системі охорони здоров'я складовими загального управління якістю медичної допомоги є стандартизація, управління організацією та забезпечення системи якості, що узгоджується з науково-теоретичним підходом поняття «якості».

Закону України «Про стандартизацію» визначає стандарт «як нормативний документ, заснований на консенсусі, прийнятий визнаним органом, що встановлює для загального і неодноразового використання правила, настанови або характеристики щодо діяльності чи її результатів, та спрямований на досягнення оптимального ступеня впорядкованості в певній сфері» [17].

Європейський досвід підтверджує основні переваги використання інтегрованих систем стандартів ISO 9001 (концентрація уваги на пацієнтах, поліпшення якості обслуговування, упровадження вимірювань ефективності, підготовка кадрів у сфері якості, зосередження зусиль на документах щодо якості).

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я, основні цілі механізму публічного управління можуть бути представлені наступним чином [9]:

- забезпечення населення висококваліфікованими спеціалістами та якісною медичною допомогою;
- надання громадянам гарантованого пакету безкоштовних медичних послуг;
- забезпечення нових технологій та інноваційного розвитку галузі;
- вдосконалення організації та управління охороною здоров'я;
- підвищення рівня кваліфікації персоналу у системі охорони здоров'я; - проведення профілактичних заходів;
- забезпечення вдосконалення процесу правового регулювання галузі;
- створення конкурентного середовища на медичному ринку;

- формування системи охорони здоров'я, яка адаптується до постійно мінливих умов економічного курсу країни тощо.

У 2017 році, було створено спеціальний орган виконавчої влади у галузі охорони здоров'я - Національну службу здоров'я України [18]. Діяльність цього центрального органу виконавчої влади координується Кабінетом Міністрів України через міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері надання фінансових гарантій щодо охорони здоров'я населення.

Основна мета роботи Національної служби здоров'я України забезпечення єдиного національного замовлення медичних послуг та медикаментів, відповідно до програми медичних гарантій. Національна служба здоров'я України відстежує, аналізує та прогнозує потреби громадян у лікарських засобах, замовляє послуги у медичних установах та лікарів, відповідно до програм медичних гарантій, розробляє програмні проекти медичних гарантій для населення, пропонує способи виставлення рахунків за медичні послуги, укладає, вносить зміни та розриває договори на медичне обслуговування громадян, відшкодовує вартість ліків, здійснює контроль за цільовим та ефективним використаннями коштів, за програмою медичних гарантій, перевіряє дотримання медичними закладами та лікарями правил приватної медичної практики програмних умов та положень угод про охорону здоров'я, забезпечує роботу електронної системи охорони здоров'я тощо [2].

Визначаючи у стратегіях формування та розвитку публічного управління системою охорони здоров'я цілі, завдання та етапи діяльності суб'єктів охорони здоров'я, які досягаються за допомогою використання основних інструментів (регуляторних, організаційних, фінансових, економічних, людських, соціальних, мотиваційних, матеріально-технічних) управління інноваційним розвитком, якістю медичних послуг, процесами стандартизації та супроводом протоколів лікування реалізується власна державна політика у даній сфері, згідно з якою, уряд та органи виконавчої влади зменшують сферу їх прямого втручання у діяльність медичних установ, шляхом делегування повноважень цим структурам, діяльність яких повинна відповідати правилам,

вимогам та цілям політики охорони здоров'я. Основи, правила та процедури стандартизації як механізми регулювання публічного управління системою охорони здоров'я встановлюються законом, завдяки чому весь комплекс регулювання, який стає обов'язковим, стандартизується для всіх відповідних структур [21].

У Європейському регіоні реалізується стратегія «медичної допомоги, орієнтованої на людину». Комплексний характер допомоги надається через існуючий широкий спектр послуг з лікування, реабілітації та профілактики, які безпосередньо надаються лікарями первинної медичної допомоги або є спеціально організованими в інших установах. Суть цієї стратегії зводиться, в кінцевому рахунку, до таких напрямів як [8]:

- формування ринку медичних послуг та передача йому основних регуляторних функцій з поступовим відходом держави від процесів управління діяльністю закладів охорони здоров'я;

- посилення регуляторних функцій держави в умовах розвитку ринкових механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, що особливо важливо для обмеження негативного впливу ринку на доступність медичної допомоги;

- формування інтегрованих структур, що сприяють економічному зростанню медичної галузі тощо.

Стратегія «медичної допомоги, орієнтованої на людину», в основному, реалізується у країнах, що здійснюють ринково орієнтовані реформи соціальної сфери, в цілому, як це має місце в сучасній Україні. В умовах здійснення цих процесів, важливою є регулююча роль держави як головного гаранта доступності та безпеки медичної допомоги. Забезпечення якості медичних послуг залишається ключовим викликом для закладів охорони здоров'я та показником їх конкурентоспроможності.

Роль органів управління щодо гарантування якості системи охорони здоров'я полягає у забезпеченні умов для формування та раціонального використання відповідного ресурсного потенціалу (матеріально-технічного,

людського та ін.), а, також, у стимулюванні інноваційних моделей управління якістю.

1.2. Формування політики закладу охорони здоров'я у сфері якості

Система управління якістю – це система управління в межах загальної системи управління організацією з метою задоволення, залежно від обставин:

- потреб, очікувань та вимог усіх зацікавлених сторін
- визначення процесів, які сприяють створенню продукції /послуги, прийнятної для замовника
- керування процесами та системою процесів (ДСТУ ISO 9001:2009).

Процесний підхід – застосування в межах організації (закладу) системи процесів разом із їх ідентифікуванням і взаємодіями, а також керування ними для одержання бажаного результату [14].

Процесне управління – специфічний спосіб управління, при якому організація розглядається не як система структурних підрозділів, а як система процесів.

Управління не функціональне, а міжфункціональне (системне).

Групи і види діяльності (процесів) у закладі охорони здоров'я:

1. Процеси, необхідні для надання медичної допомоги

1.1. Лікувально-діагностичний процес за нозологічними формами та клінічними станами; профілактична допомога; медична допомога при пологах, у до- та - післяпологовому періоді.

1.2. Отримання згоди пацієнта на обробку персональних даних; ідентифікація пацієнта; отримання поінформованої згоди на медичні втручання; збереження і захист конфіденційної інформації.

2. Процеси управлінської діяльності керівництва

2.1. Процеси взаємодії з пацієнтами (визначення нормативних і очікуваних потреб у медичній допомозі; моніторинг публікацій у засобах масової інформації; робота зі зверненнями громадян).

2.2. Розробка політики і стратегічних цілей в сфері якості медичної допомоги.

2.3. Планування діяльності з досягнення цілей на стратегічному, тактичному і оперативному рівнях управління.

2.4. Планування і розробка організаційної структури системи управління якістю.

2.5. Аналіз функціонування системи управління якістю.

2.6. Прийняття управлінських рішень з поліпшення якості медичної допомоги, ресурсного забезпечення та функціонування системи; впровадження новітніх технологій.

3. Процеси забезпечення якості ресурсів

3.1. Навчання і мотивація персоналу, визначення професійних потреб і очікувань від професійної діяльності.

3.2. Забезпечення якості інфраструктурних ресурсів (будівель, споруд, приміщень, транспорту, зв'язку).

3.3. Забезпечення якості робочого середовища (робочих місць та їх обладнання, параметрів робочого середовища).

3.4. Ресурсне забезпечення виконання протоколів (стандартів) медичної допомоги (медичні технології, медичне обладнання, лікарські засоби, вироби медичного призначення, інформаційно-комп'ютерні технології).

3.5. Забезпечення фінансовими ресурсами.

4. Процеси «зворотного зв'язку» в системі

4.1. Моніторинг, вимірювання і оцінка процесу і результатів медичної допомоги, процесів забезпечення ресурсами, процесів управління.

4.2. Аудит процесів, результатів, системи управління якістю.

4.3. Самооцінка системи управління якістю.

4.4. Аналіз даних моніторингу, аудиту, самооцінки.

Протоколи з якості – це свідоцтва виконання робіт та їх наслідки, наприклад:

- ідентифіковані та заповнені медичні карти пацієнтів;

- лабораторні дані;
- записи зображень;
- рецепти на лікарські засоби;
- журнал обліку наркотичних препаратів;
- протоколи щодо калібрування і технічного обслуговування обладнання;
- протоколи навчання персоналу;
- протоколи аудиту;
- протоколи коригувальних дій;
- закупівельні заявки;
- свідоцтва ліцензування, сертифікації;
- інші записи, у тому числі, і про несприятливі події, дефекти, відхилення.

Організації залежать від своїх замовників (зацікавлених сторін) і тому мають розуміти їх поточні і майбутні потреби, виконувати їх вимоги та прагнути до перевищення їх очікувань. Система вимог щодо продукції містить:

- a) вимоги, встановлені замовником, включно з вимогами до постачання та дій після постачання;
- b) вимоги, які замовник не встановлював, але необхідні для використання;
- c) законодавчі та регламентувальні вимоги, застосовні до продукції;
- d) додаткові вимоги, які за необхідні вважає організація.

Необхідно визначити контингент населення, вимоги\потреби якого вивчаються, стан його здоров'я, тенденції медико-демографічної ситуації.

Політика в сфері якості - загальні наміри та напрями діяльності організації, офіційно сформульовані вищим керівництвом. У ній треба визначити спрямованість функціонування організації та відобразити основні питання. Формування політики і встановлення цілей має спиратися на ідентифіковані потреби і очікування споживачів. Основа політики – критерії якості медичної допомоги та інтереси зацікавлених сторін.

Політику у сфері якості організація має викладати стисло та чітко у вигляді окремого документу, представленого у доступних для персоналу і відвідувачів місцях. Зміст документу має бути таким, щоб персонал легко її запам'ятав.

Цілі в сфері якості медичної допомоги. Кількісні цільові планові показники встановлюються:

- через індикатори якості УКПМД (ЛПМД)
- організаційні індикатори, визначені закладом охорони здоров'я, з орієнтацією на структуру (вхід-процес-вихід) процесів забезпечення ресурсами та процесів управління.

Цілі в сфері якості допоміжних процесів:

1. Цільові показники планування (проектування) медичної допомоги (кількість одиниць-проектів, відповідна галузевим медико-технологічним документам)

2. Планові витрати на ресурсне забезпечення медичної допомоги

3. Кількісні цілі в процесах соціологічних досліджень (очікуваний рівень задоволеності респондентів; планова репрезентативна кількість респондентів)

4. Цілі в сфері навчання персоналу (кількість персоналу, яка підлягає підвищенню кваліфікації в закладах післядипломної освіти і на робочих місцях; кількість і теми навчальних матеріалів, що плануються до розробки)

5. Плановий обсяг матеріального заохочення персоналу

6. Цілі в сфері взаємодії з партнерами (кількість укладених угод на виконання сторонніх процесів)

7. Цільові показники аудитів (згідно плану-графіку)

8. Планові показники обсягу ринку (кількість пацієнтів, яку планується охопити певними видами послуг)

9. Кількість новітніх методик (діагностичних, лікувальних, профілактичних, організаційних), які планується впровадити.

Державне регулювання професійного розвитку персоналу:

- ДСТУ ISO 10015:2008 «Управління якістю. Наставни щодо навчання персоналу (ISO 10015:1999, IDT)»

- ДСТУ IWA 9001:2007

- Закон України «Про професійний розвиток працівників» від 12 січня 2012 року N 4312-VI

- Наказ МОЗ України від 07.07.2009 № 484 «Зміни до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах, затвердженого наказом МОЗ України від 18.05.94 № 73»

- Стандарти акредитації :

Р. 2.3. Дотримання вимог щодо атестації медичних працівників

Р. 2.12. Наявність затверджених планів підвищення кваліфікації співробітників з відмітками про виконання

Р. 2.16. Наявні затвержені у встановленому порядку посадові інструкції для працівників

Р. 3.7. Проведення занять з медичним персоналом структурного підрозділу з питань підвищення кваліфікації

Р. 3.8. Здійснення керівником структурного підрозділу заходів щодо участі працівників підрозділу в програмах підвищення професійної кваліфікації та перепідготовки

Р. 4.1. Проведення семінарських занять з медичним персоналом закладу з питань дотримання етики та деонтології

Профіль компетенцій персоналу в сфері якості:

1. Компетенції в сфері законодавства та нормативно-правового регулювання якості медичної допомоги. Охоплюють знання, навички, досвід, вміння та застосування основних законів України та нормативно-правових документів з реформування галузі охорони здоров'я, ліцензування та акредитації медичних закладів, стандартизації медичної допомоги, сертифікації спеціалістів.

2. Компетенції в сфері надання медичної допомоги. Включають знання, досвід, навички та дотримання стандартів, протоколів, формулярів, інших

регламентів профілактики, діагностики, лікування пацієнта; проведення моніторингу і оцінки процесу медичної допомоги на персональному рівні; виявлення дефектів медичної допомоги, прийняття заходів з їх запобігання і усунення; діяльність з профілактики професійних ризиків на робочому місці; раціональне використання ресурсів.

3. Компетенції в сфері участі в управлінні якістю в закладі охорони здоров'я. Містять знання, досвід, навички та участь у діяльності проектних і матричних структур управління (робочих груп з розробки локальних протоколів медичної допомоги, локальних формулярів лікарських засобів, клінічних маршрутів пацієнта; групах внутрішнього аудиту; експертних групах).

4. Комунікативні компетенції. Передбачають володіння знаннями, вміннями, навичками спілкування – усного, письмового – і застосування їх в повсякденній роботі. Вміння слухати того, з ким спілкується. Володіння комп'ютерними інформаційними технологіями і застосування сучасних засобів зберігання, поширення, отримання і використання інформації.

5. Морально-етичні компетенції. В групу входять знання, вміння, досвід, навички і використання правил медичної етики і деонтології та загальнолюдських моральних норм в професійній діяльності.

6. Компетенції в сфері інновацій. Інноваційні компетенції – це оволодіння і впровадження новітніх технологій, демонстрування позитивного ставлення до інновацій, вдосконалення власної діяльності і практичний внесок у вдосконалення діяльності колективу.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЯКОСТІ НА РЕСУРСНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Медико-демографічна ситуація та ресурси системи охорони здоров'я у Житомирській області

Станом на 01.01.2022 р. в області нараховувалося 1179801 осіб постійного населення. Згідно інформації з ресурсів Головного управління статистики у Житомирській області загальний коефіцієнт народжуваності за 2021 рік становив 7,2‰, загальний коефіцієнт смертності становив 19,9 на 1000 населення, зберігається природне скорочення населення області, яке складає мінус 12,7 на 1000 населення [12]. Внаслідок природного та міграційного рухів чисельність населення зменшилася на 421,01 тис. осіб.

Упродовж 2021 року загальне скорочення населення області складало 16463 осіб (зниження на 1,4%), у т.ч. кількість сільського населення зменшилася на 8596 осіб (зниження на 1,5%), міського населення зменшилося на 7867 осіб (або на 1,1%) (рис. 2.1).

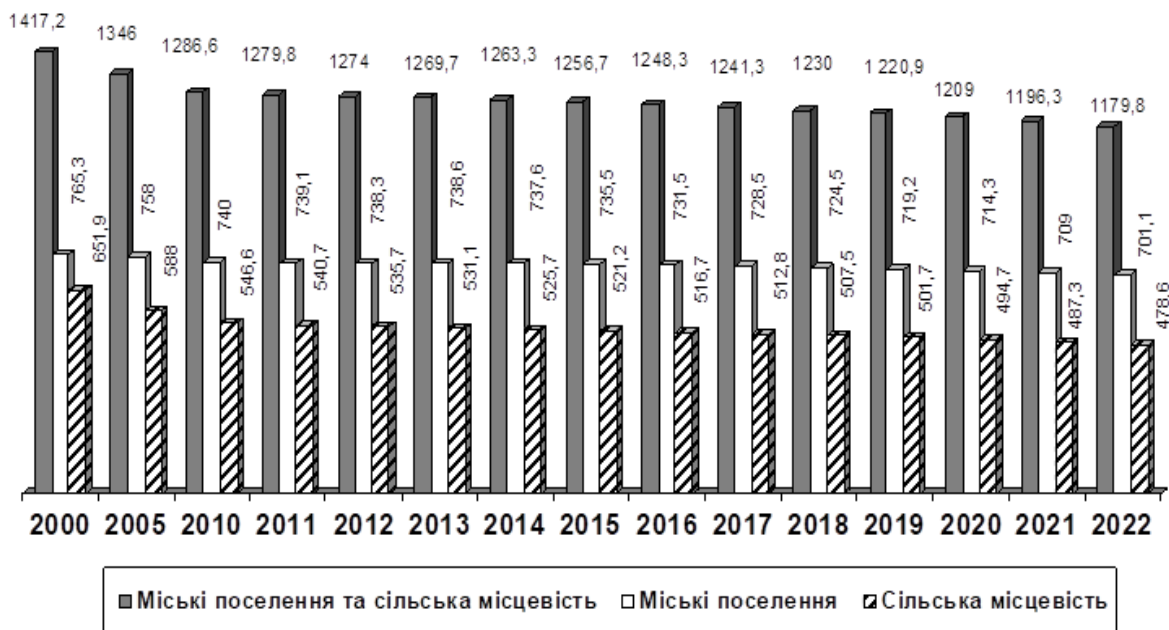


Рис. 2.1. Динаміка чисельності постійного населення

Основні демографічні показники сільського населення суттєво поступаються таким серед міського населення. Житомирська область входить у трійку областей України (також Вінницька та Чернігівська), де відбуваються інтенсивні депопуляційні процеси. Це найстаріші у демографічному відношенні області України. Поглиблюється процес старіння населення, негативні наслідки якого вже відчуваються, і в майбутньому будуть лише загострюватися.

Смертність в окремих регіонах суттєво залежить від вікової структури населення. І найвищі її рівні спостерігаються саме у тих регіонах, населення яких є найбільш «старим», до яких належить і Житомирська область.

Ресурси охорони здоров'я

Первинна медична допомога в області надається у 50 закладах - 37 центрах первинної медико-санітарної допомоги та 13 самостійних амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини (юридичні особи).

Серед закладів вторинного рівня надання медичної допомоги 29 лікарняних закладів та 10 стоматологічних поліклінік.

Заклади третинного рівня надання медичної допомоги: 2 обласні лікарні, 6 центрів, 2 диспансери, Комунальне некомерційне підприємство «Госпіталь ветеранів війни», Комунальне некомерційне підприємство «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» та Комунальне некомерційне підприємство «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

Забезпеченість кадрами та рівень кваліфікації

В галузі працюють 3912 лікарів та 9439 молодших спеціалістів з медичною освітою. Показник забезпеченості лікарями становить 32,7 на 10 тис. населення проти 33,2 за 2020 рік. Показник забезпеченості молодшими спеціалістами з медичною освітою – 78,9 на 10 тис. населення (81,5 на 10 тис. населення за 2020 р). Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами становить 73,0% (у 2020 році – 74,4%) укомплектованість штатних посад молодших спеціалістів з медичною освітою – 89,1% (у 2020 році – 88,4%). Укомплектованість штатних посад лікарями-терапевтами складає 61,0%

проти 60,7% у 2020 році, лікарями - педіатрами – 80,3% проти 80,6%, лікарями загальної практики-сімейної медицини – 79,5% проти 79,8%.

Старіння населення відображається і на віковому складі медичних кадрів як у закладах області, та і в Україні в цілому. В закладах охорони здоров'я працює третина лікарів пенсійного віку (60+), частка яких має тенденцію до збільшення. Для порівняння – у Європейських країнах, зокрема у Естонії, Латвії, Литві, Великобританії, - частка лікарів пенсійного віку складає у середньому 14% (див. Додаток А).

Загальна кількість лікарів, що працюють на первинному рівні, становить 786, з них кількість сімейних лікарів складає 486, терапевти та педіатри – 200, медичних сестер загальної практики-сімейної медицини – 888 осіб. Кількість посад сімейних лікарів по області складає 5,2 на 10 тис. населення; показник забезпеченості сімейними лікарями – 4,2 на 10 тис. населення. Проблемним питанням залишається висока питома вага осіб пенсійного віку серед працюючих медичних працівників: лікарів – 24,6%, серед молодших спеціалістів з медичною освітою – 8,4% [19].

Доступність медичних послуг населенню лежить в основі усіх ініціатив у сфері підвищення якості медичної допомоги, прагнення забезпечити загальне охоплення медичними послугами, справедливий доступ до них та фінансовий захист пацієнта [19].

Найвищий рівень зменшення кількості лікарів у 2017–2018 рр. було зафіксовано в західних прикордонних областях (Рівненській, Львівській, Івано-Франківській, Волинській, та Закарпатській), на сході (у Дніпропетровській і Харківській областях) та на півдні (у Миколаївській та Херсонській областях). За вказаний період у шести областях (Тернопільській, Хмельницькій, Полтавській, Вінницькій, Донецькій та Запорізькій) темпи приросту лікарів були позитивними або нульовими (Додаток Б).

На тлі загальної тенденції до зниження кількості та щільності лікарів на 1000 осіб в Україні, у Житомирській області спостерігається стабілізація

ситуації з 2017 року. Щільність лікарів в Україні та у Житомирській області є співмірною із країнами порівняння у Європейському регіоні (Додатки В та Г).

2.2. Публічне управління в сфері якості у закладах охорони здоров'я

Публічне управління у сфері охорони здоров'я та зміна державної моделі фінансування медичних послуг вплинула на підвищення компетенцій та пацієнторієнтованості лікарів первинної ланки, посилення їх статусу. Обсяг коштів за пакетами Первинної допомоги НСЗУ значно зріс у порівнянні із попередньою моделлю фінансування – за субвенцією (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Загалі витрати на охорону здоров'я на душу населення

Щільність лікарів первинної ланки медичної допомоги – сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів в Україні та Житомирській області має динаміку до зростання (+5,89%), що відповідає тенденціям у Європейському регіоні. Щільність лікарів спеціалізованої медичної допомоги в Україні має динаміку до зменшення, у той час, як у Європейському регіоні цей показник зростає (Додатки Д та Е).

Робота згідно нових специфікацій ставить поставила закладами охорони здоров'я наступні умови:

- автономізація (перетворення з бюджетної установи в державне чи комунальне некомерційне підприємство);
- реєстрація в електронній системі охорони здоров'я;
- чинна ліцензія на здійснення господарської діяльності з медичної практики від МОЗ;
- відповідне матеріально-технічне оснащення.

Такі зміни у сфері охорони здоров'я конкретизують структуру (обладнання, кошти, кількість та кваліфікація персоналу) та процес (діяльність лікаря та молодшого персоналу, вплив на пацієнта) надання медичної допомоги закладами, що працюють у системі державних фінансових гарантій. Керівники закладів тепер мають бути ефективними лідерами, їх завдання полягає у формуванні культури безпеки, постійного навчання та вдосконалення у колективі, визначенні цілей та цінностей організації, забезпеченні їх впровадження та виконання в процесі догляду за пацієнтами.

Оцінка якості допомоги, яку отримує громада в цілому, ґрунтується на соціальному розподілі рівнів якості у цій громаді. Цей розподіл залежить від того, хто має більший або менший доступ до медичного обслуговування і в яких обсягах отримує медичну допомогу. Визначення якості розширюється, залежно від того, наскільки широко визначається поняття здоров'я. Управління в сфері якості впливає на поліпшення медичної допомоги в аспекті як фізичних функцій, так і психосоціальних.

Необхідно зважати на те, що висока якість медичної допомоги має економічну межу. У США, в 70-тих роках минулого століття, вперше з'явилися публікації із застереженнями щодо негативних наслідків застосування понадміру високих критеріїв якості, такий підхід може впливати на витрати на охорону здоров'я - досягнуть 50% ВВП. Концепція оптимальної якості відомого експерта Хану Вуорі, що досліджував зв'язки факторів, котрі її визначають. Суть концепції полягає у тому, що спочатку підвищення якості

обходиться відносно дешево, але поступово витрати настільки зростають, що подальше нарощування ресурсів може призвести до її зниження якості послуг (медичної допомоги). Оптимальна якість та, де користь від послуг перевищує їх вартість і відповідає раціональному використанню ресурсів.

Концепція логічної якості полягає у визначенні релевантності інформації та її використанні. У випадках, коли найпотрібніша інформація залишається не поміченою, або її кількість є надмірною. При збільшенні частоти діагностичних процедур з 95 до 97%, для прикладу, підхід «повного обстеження» пацієнта може і не призвести до зміни лікувальної тактики певних діагнозів, але спричинить підвищення вартості медичної допомоги. Тоді така допомога матиме низьку логічну якість. Такі ситуації (з надмірною кількістю діагностичних досліджень, які вже не впливають і не змінюють тактики лікування – так звана «гіпердіагностика») часто виникають у приватних закладах охорони здоров'я через зацікавленість в отриманні коштів від пацієнта.

Розвиток концепції оптимальної якості отримав у багатьох економічно розвинених країнах отримав наукове продовження - шляхом здійснення оцінки медичних технологій (ОМТ), до того, як певний метод чи технологія, або медикаменти будуть дозволені до використання в національній системі охорони здоров'я.

У процесі такої оцінки збирають, систематизують, аналізують результати наукових досліджень. За результатами цієї роботи формуються принципи безпечного й ефективного надання медичної допомоги орієнтованої на пацієнта, що сприяє створенню якісної системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3.
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ
ЯКОСТІ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Міністерство охорони здоров'я України наказом від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» затвердило, що кожен громадянин України з 1 липня 2018 року може безоплатно отримати наступний перелік медичних послуг [15]:

- динамічне спостереження безпечного й ефективного надання медичної допомоги за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
- проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів;
- динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами;
- надання в межах первинної медичної допомоги - невідкладної медичної допомоги при розладі фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання первинної медичної допомоги та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань;
- проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень;

- проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб;
- надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя;
- динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги;
- здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною;
- надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта;
- направлення пацієнтів для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі первинної медичної допомоги;
- призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства;
- ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності, направлення для проходження медико-соціальної експертизи, а також видача лікарських свідоцтв про смерть;
- взаємодія із соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я;

- взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я.

Безоплатна медична допомога не означає безкоштовна. Адже за послуги, які пацієнту надає лікар первинки, спеціаліст отримує кошти від держави. Ці кошти йдуть з Державного бюджету, що, в свою чергу, формується з податків самих пацієнтів [3].

Аведіс Донабедіан вказує, що теоретично можливо, при оцінці ресурсних аспектів якості медичної допомоги, враховувати вартість у грошовому вираженні, відділити якість від економічності. Медична допомога оцінюється за ступенем досягнення очікуваного поліпшення здоров'я. Оцінювання економічності – це визначення чи очікувані поліпшення здоров'я були досягнуті без непотрібного перевищення витрат. На практиці низька якість та неекономічність співіснують: неекономічна медична допомога або безпосередньо шкодить здоров'ю, або призначається замість більш корисної допомоги.

Практика оптимального обслуговування є традиційною, законною і навіть необхідною – за умови, що витрати і користь спільно зважуються лікарем-практиком та повністю поінформованим пацієнтом [23].

Фінансові ресурси завжди будуть обмеженими. Якщо показники економіки будуть зростати, збільшаться також і надходження до системи охорони здоров'я [3]. Без економіки, етики та політики будь-які рішення, що приймаються, не мають під собою підґрунтя.

Україна обрала підхід універсального доступу, тобто всі громадяни України можуть отримувати медичне обслуговування за кошти державного бюджету. Співоплати не дозволені законодавством. Отже, єдиним виміром для нормування є відбір послуг, які будуть надані за кошти бюджету.

Зміни у державній політиці у сфері охорони здоров'я, що розпочалися із зміни підходів до фінансування, підвищення значення лікаря первинної допомоги, зосередження на медицині профілактичній, пацієнторієнтованість окреслили принципово інакший підхід до медичного обслуговування у громадах. Інформація про задоволеність пацієнтів є одним з показників для

оцінювання якості медичної допомоги, розробки та керування системами охорони здоров'я [23].

Серед змін, які українці відмічають після підписання декларації, 30% відзначили, що лікар був до них уважнішим та ввічливішим, 18% зазначили, що було легше потрапити на прийом, 11% сказали, що побачили кращі умови прийому (ремонт, сучасне обладнання тощо) або отримали направлення на безоплатні лабораторні тести, 9% заявили, що отримали безкоштовні ліки або щеплення у свого лікаря або ж консультацію з приводу здорового способу життя та корисних звичок (дослідження групи «Рейтинг») (Додаток В). Окрім того, всі базові аналізи людина може здати здебільшого в приміщенні амбулаторії, в тому числі швидкі тести, що зручно як для пацієнта, так і для його лікаря [4].

Ще до початку кампанії з укладання декларацій задоволеність саме сімейним лікарем була вищою, ніж іншим медичним персоналом [10]. У травні 2019 року чотири з п'яти мешканців України підписали декларацію з сімейним лікарем, близько 70% вказали, що задоволені своїм вибором (рис. 3.1) [20]

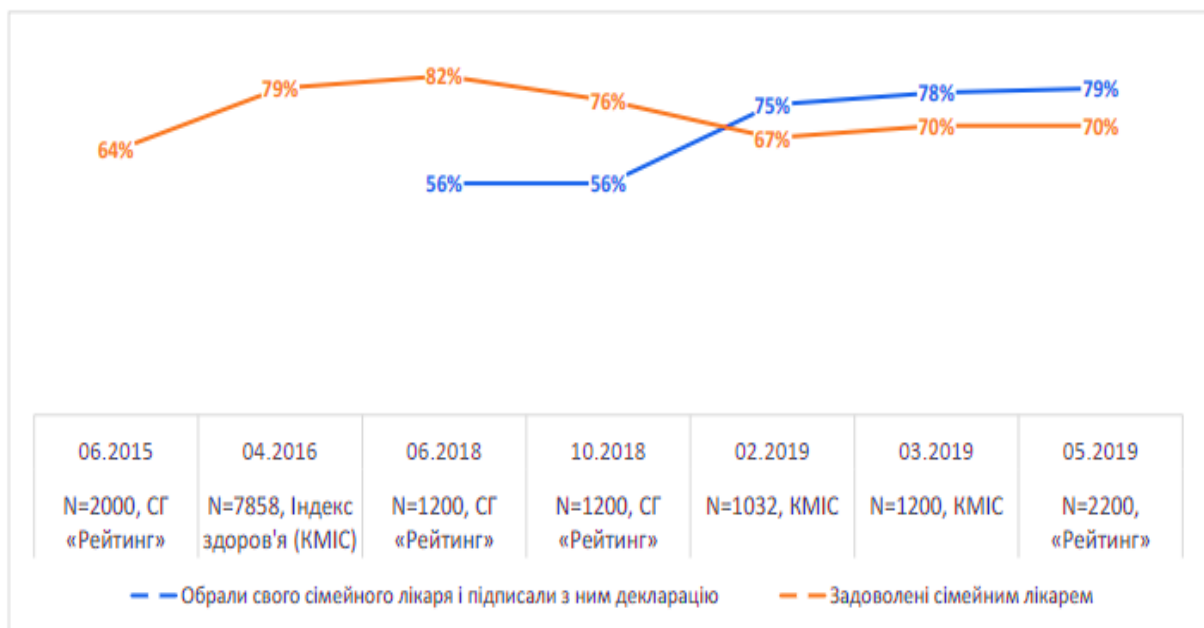


Рис. 3.1. Динаміка рівня задоволеності сімейним лікарем в Україні, 2015–2019 роки за даними національних досліджень

У загальному, населення Житомирської, Львівської, Волинської, Харківської та Херсонської областей найбільше задоволене своїми сімейними лікарями та педіатрами (рівень задоволеності – понад 80%) та вузькопрофільними спеціалістами (рівень задоволеності – понад 75%) (Додаток Г) [7].

У спеціалізованій як амбулаторній, так і стаціонарній допомозі, а також у наданні послуг в межах стаціонару основні аспекти незадоволеності – це переважно проблеми інфраструктури, а не медичного персоналу. За даними дослідження «Індекс здоров'я» у 2018 р. [7], 44% опитаних погано оцінили можливість безоплатного отримання необхідного діагностичного обстеження в амбулаторних умовах; щодо стаціонарної допомоги, то 66% пацієнтів погано оцінили забезпеченість ліками, а 44% – якість харчування. Тільки 5% погано оцінили чемність лікарів під час отримання амбулаторних послуг, 8% опитаних вважали незрозумілими лікарські пояснення. Під час перебування у стаціонарі недоброзичливе ставлення лікарів та медичних сестер відмітили 8% та 9% пацієнтів відповідно. Практично кожен п'ятий (19%) погано оцінив дотримання медичним персоналом гігієни огляду та процедур під час надання амбулаторних послуг. Дуже низький рівень довіри до професійної компетентності медперсоналу. Згідно даних Київського міжнародного інституту соціології, у 2019 р. тільки близько половини населення (51%) впевнені у професіоналізмі та компетентності працівників медичних закладів, 61% – у професіоналізмі працівників швидкої допомоги та 66.5% – у професіоналізмі працівників аптек [11].

Результати старту Програми медичних гарантій у КП «Центр первинної медико-соціальної допомоги» м. Житомира керівництво центру оцінює так [3]: «Нові умови фінансування суттєво розширили можливості Центру. Ми покращили умови праці лікарів та перебування пацієнтів у закладі, що безперечно працює впливає на якість надання послуг первинної медичної допомоги» (Додаток Г).

Програма державних фінансових гарантій у Житомирській області станом на 3й квартал 2021 року 87,9 % населення уклало декларації із лікарями первинної допомоги [6]. З них 2,2% населення уклали декларацію у приватних медичних закладах та 1,08% із лікарями-ФОП. Всього лікарів із оптимальною кількістю пацієнтів – 36,3% (Додаток Д).

Якщо враховувати бюджетний та приватний сектори медичної допомоги, станом на кінець 2018 р. в Україні щільність лікарів була 44.0 на 10 тис. населення за національним обліком, у тому числі 37.2 в ЗОЗ, які перебувають у сфері управління МОЗ України, 2.4 – у ЗОЗ інших міністерств і відомств та 4.5 – у приватних структурах. Загальна щільність середнього медичного персоналу – 81.9 на 10 тис. населення, у тому числі 74.4 в ЗОЗ, які перебувають у сфері управління МОЗ України, 3.7 – у ЗОЗ інших міністерств і відомств та 3.9 – у приватних структурах [10].

Загалом станом на початок 2019 р. у приватних структурах працювали 10% лікарів та 4% середнього медичного персоналу. Частка лікарів та середнього медичного персоналу, які працюють у приватних структурах, поступово зростає за рахунок скорочення частки медичного персоналу в ЗОЗ, які перебувають у сфері управління МОЗ України та інших відомств (рис. 3.2.)



Рис. 3.2. Розподіл лікарів та середнього медичного персоналу за типом власності ЗОЗ, 2014–2018 рр., %

Загалом у 2014–2018 рр. частка лікарів, які працюють у приватних структурах, зростала серед усіх категорій лікарів (рис. 2.5). Впродовж цього періоду середньорічні темпи приросту щільності лікарів, які працюють у приватному секторі, становили +26.4% серед сімейних лікарів, +22.3% – серед педіатрів, +20.9% – серед онкологів, +15.7% – серед хірургів, +12.8% – серед психіатрів, +12.3% – серед акушерів-гінекологів, +11% – серед дерматологів, +10.8% – серед терапевтів та +7.1% – серед стоматологів [10].

Приватні медичні заклади, зі стартом реформи, активізували діяльність з надання гарантованих державою медичних послуг. Приватні заклади контракуються НСЗУ для надання як первинної амбулаторної медичної допомоги, так і стаціонарні та спеціалізовані медичні послуги [5].

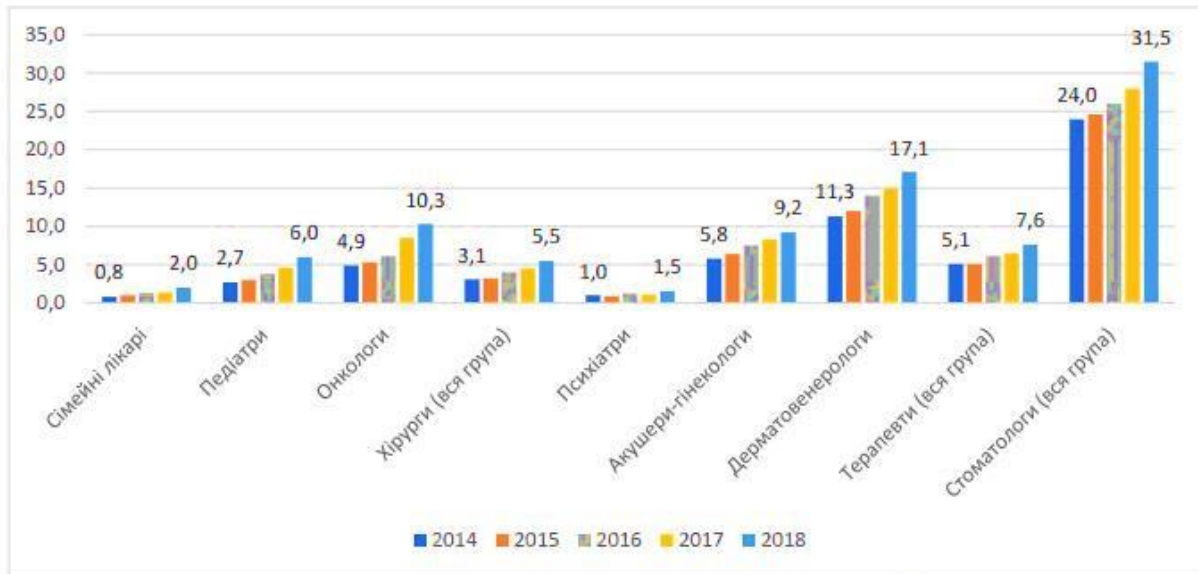


Рис. 3.3. Частка спеціалістів, які працюють у приватних ЗОЗ, від загальної кількості таких спеціалістів, 2014–2018 рр., %

У 2020 році НСЗУ виплатила понад 622 млн грн приватним закладам та лікарям-ФОП 21% від загальної кількості укладених договорів — це приватні заклади (Рис. 3.4).



Рис. 3.4. Приватні заклади в реформі

В Україні на первинному рівні медичної допомоги приватні заклади та лікарі ФОП становлять близько третини від загальної кількості закладів, законтракованих НСЗУ, і ця кількість постійно зростає [5]. На сьогодні вже мільйон українців (із загальної кількості 31 млн декларацій) уклав декларації з лікарями-ФОП та лікарями приватних закладів «первинки».

Це свідчить про те, що приватним закладам, що надають первинну медичну допомогу вигідно укласти договори з НСЗУ, яка виплачує гроші за кожного пацієнта. Одночасно пацієнти можуть обрати кращого для себе лікаря та медзаклад. Це стимулює медичні заклади поліпшувати якість надання послуг та конкурувати за пацієнта.

За 3й квартал 2021 року оплата за договорами по Програмі медичних гарантій в Україні найбільше становила за такими пакетами [6]:

- 65,9% (17,429 млрд ₴) – спеціалізована медична допомога;
- 19% (5,041 млрд ₴) – первинна медична допомога;
- 4,7% (1,254 млрд ₴) – допомога при COVID19;
- 10% (2,694 млрд ₴) - Екстрена медична допомога.

Всього надавачів послуг, що отримали виплати за договорами – 3220, з них приватних і ФОП – 778, тобто 24% від загальної кількості надавачів послуг (Додаток Е).

У Житомирській області на 3й квартал 2021 року кількість лікарів із оптимальним об'ємом практики – 36,3% (по Україні – 41,7%) (Додаток Є). Оплата за договорами по Програмі медичних гарантій у області становила за такими пакетами (Додаток Ж):

- 64,7% (540,454 млн ₴) – спеціалізована медична допомога;
- 20,1% (167,917 млн ₴) – первинна медична допомога;
- 5,1% (43,822 млн ₴) – допомога при COVID-19;
- 9,9% (82,817 млн ₴) - Екстрена медична допомога.

Всього надавачів послуг, що отримали виплати за договорами – 114, з них переважають комунальні заклади – 96 (84,2%).

ВИСНОВКИ

Наразі, з реорганізацією комунальних закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства, перед керівниками цих закладів постає завдання підвищення конкурентоспроможності за рахунок підвищення самоокупності та рентабельності інвестицій, що дозволить оновлювати медичне обладнання згідно сучасних нормативів та залучати кваліфіковані медичні кадри; актуалізація підходів щодо створення політики якості у закладі; налагодження співпраці із закладами громадського здоров'я, спеціалістами структур соціального захисту та громадськими організаціями; налагодження комунікації як із зовнішніми так і внутрішніми клієнтами.

Розширення ролі первинної ланки медичної допомоги відповідає національній реформі первинної ланки в Україні. Крім того, національні концепції щодо екстреної допомоги, неінфекційних захворювань, психічного та громадського здоров'я покладають низку додаткових функціональних обов'язків на лікарів ЗПСМ, проте рівень відповідності їхніх знань та кваліфікації для виконання таких функціональних обов'язків, а також доступні ресурси не визначено.

Лікар загальної практики – сімейний лікар має виконувати широкий спектр завдань як на рівні окремого пацієнта, так і на рівні громади. У рамках реформування інших сфер охорони здоров'я (таких як екстрена допомога, неінфекційні захворювання, психічне та громадське здоров'я) також передбачено низку завдань, які мають виконуватися на первинному рівні. Але для реалізації цих функцій слід провести планування кількості необхідних кадрових ресурсів (лікарів та медичних сестер ЗПСМ), відповідності їх рівня знань та кваліфікації, а також достатнього обсягу ресурсів для виконання поставлених завдань.

Розбудова спроможної мережі закладів охорони здоров'я в області, здатної забезпечувати надання якісної, комплексної, безперервної та орієнтованої на пацієнта медичної допомоги на засадах доказової медицини та

кращих медичних практик, потребує залучення кваліфікованих медичних кадрів, розробка стимулів для подальшого професійного розвитку медичних працівників, оптимізації робочого часу медичного персоналу та розширення компетенцій медичних сестер в організації роботи у закладі та координації робочих процесів. Частина завдань лікаря можуть делегуватися медичній сестрі. Відтак ширше залучення медсестер і медбратів у процес надання медичних послуг сприятиме створенню вагомих кар'єрних можливостей для них же та допомагає ефективніше використовувати наявні ресурси.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Безродна С. М. Управління якістю : навч. посіб. для студентів економічних спеціальностей. Чернівці: ПБКФ «Технодрук», 2017. – 174 с.
2. Горбатова Д. І. Діяльність органів виконавчої влади щодо реалізації права на охорону здоров'я / Д. І. Горбатова // Актуальні проблеми держави і права : зб. наук. пр. Вип. 82 / редкол.: В. В. Завальнюк (голов. ред.) та ін. – Одеса: Гельветика, 2019. – с.57 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apdr.in.ua/v82/10.pdf> (дата звернення: 26.05.2022).
3. Звіт Національної служби здоров'я України 2018. Національна служба здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu/zviti> (дата звернення: 26.05.2022).
4. Звіт Національної служби здоров'я України 2019. Національна служба здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu/zviti> (дата звернення: 26.05.2022).
5. Звіт Національної служби здоров'я України 2020. Національна служба здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu/zviti> (дата звернення: 26.05.2022).
6. Звіт Національної служби здоров'я України III квартал 2021 рік. Національна служба здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu/zviti> (дата звернення: 26.05.2022).
7. Індекс здоров'я. Україна-2018. Результати загальнонаціонального дослідження / Укл. Степурко Т.Г. та ін. Київ, 2018.
8. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України. – Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. Національний університет цивільного захисту України, Харків, 2020. - с .82.
9. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України / В. В. Карлаш // Інвестиції: практика та досвід. - 2020. - № 1. -

с. 162 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf (дата звернення: 26.05.2022).

10. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.

11. КМІС. Думки і погляди населення України щодо охорони здоров'я та інших питань. Березень 2019 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.kiis.com.ua/materials/pr/20182706_health/Healthcare_2019/Report_Healthcare_March2019_fin.pdf. (дата звернення: 26.05.2022).

12. Метаописи державних статистичних спостережень на 2022 рік. Головне управління статистики у Житомирській області. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zt.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 26.05.2022).

13. Момот О. І. Менеджмент якості та елементи системи якості : [навч. посібн.] / О. І. Момот. - К. : Центр учбової літератури, 2007 - 368 с

14. Про запровадження ДСТУ ISO 9001:2009. Державний комітет України з питань технічного регулювання та споживчої політики. Наказ від 13.07.2009 № 250. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0250609-09#Text> (дата звернення: 26.05.2022).

15. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 26.05.2022).

16. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws> (дата звернення: 26.05.2022).

17. Про стандартизацію: Закон України від 11 лют. 2014 р. № 1315. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1315-18> (дата звернення: 26.05.2022).

18. Про утворення Національної служби здоров'я України: КМУ Постанова від 27 грудня 2017 р. № 1101 Документ 1101-2017-п, чинний, поточна редакція — Редакція від 19.10.2021 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>

19. Руководство по национальной политике и стратегии в области качества: практический подход к разработке политики и стратегии в целях повышения качества медицинской помощи [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

20. Соціологічна група «Рейтинг». Оцінка медичної сфери в Україні. Травень 2019 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_report_healthcare_052019_press.pdf (дата звернення: 26.05.2022).

21. Шегедин Я. Ю. Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства / Я. Ю. Шегедин // Ефективність державного управління. - 2017. - Вип. 2. - с.133 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efdu_2017_2_17 (дата звернення: 26.05.2022).

22. Avedis Donabedian. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.* 2005 Dec; 83(4): 691–729.

23. Avedis Donabedian. The Quality of Care: How Can It Be Assessed?. *JAMA.* 1988;260(12):1743-1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139> (дата звернення: 26.05.2022).

24. 1. Maxwell R. J. Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Qual Health Care.* 1992 Sep;1(3):171-7.

25. Measuring quality: from the system to provider / D. Evans, T. Edejer, J. Lauer [et al.]/*Int. J. Qual. HealthCare.* 2001. Dec. 13 (6). P. 439-446.

26. Доронцева Є., Алєканкіна К. Здорові мешканці але обмежений бюджет: як малим громадам побудувати ефективну медичну систему. Вокс Україна. 2021. <http://surl.li/escioj>

27. Качула С. В. Бюджетний потенціал та фінансове забезпечення охорони здоров'я в Україні в умовах реалізації стратегії сталого розвитку / С. В. Качула, О. В. Стефанишин, А. В. Абдін // Науковий погляд: економіка та управління. - 2020. - № 3(69). – Режим доступу : <http://dspace.dsau.dp.ua/jspui/handle/123456789/4488>

28. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі київської області). Інвестиції: практика та досвід. 2021. № 8. С. 105–112. DOI: 10.32702/2306-6814.2021.8.105

29. Кримчак, Л., Гарбузюк, В., Романюк, І. (2022). Удосконалення механізму безпекоорієнтованого управління діяльністю закладів охорони здоров'я в умовах децентралізації державного управління. *Innovation and Sustainability*, (2). <https://doi.org/10.31649/ins.2022.2.55.60>

30. Navrychenko, D. (2022). Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток*, (15), 68-86. <https://doi.org/10.34132/pard2022.15.03>

31. <https://www.who.int/data/gho/data/countries/country-details/gho/ukraine?countryprofileid=afb22d87-dfd4-46cd-afc4-99cfd504ebd5>

32. Ресурси системи охорони здоров'я в умовах війни. НІСД. Київ. 2022, жовтень. <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r>

33. Обрізан М. Як нам відновити українську медицину після перемоги, 2022. <https://voxukraine.org/yak-nam-vidnovyty-ukrayinsku-medytynnu-pislya-peremogy/>

34. Suggested citation: Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine. Consultation draft: May 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.

35. Хренов М., Дідик І. Медична сестра з розширеними повноваженнями на первинній ланці. <https://mededu.org.ua/advanced-practice/>. Дата звернення 16.11.2022

36. Балабанова К., Алеканкіна К., Іванчук В., Тищук Т. Дорожня карта розвитку медсестринства у 2021-2023 рр., 90с. <https://voxukraine.org/wp-content/uploads/2021/09/medsestrynstvo-web.pdf>

37. Роль медсестер у наданні первинної медичної допомоги: сучасні моделі. Степурко Т. та ін. Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти», К., 2022. 22 с.

38. Власенко Р. В. Щодо кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я. Центр економічних і соціальних досліджень. НІСД. 2021, 9с. <https://niss.gov.ua/sites/default/files/2021-09/ohorona-zdorovya.pdf>

39. Доронцева Є., Алеканкіна К. Здорові мешканці але обмежений бюджет: як малим громадам побудувати ефективну медичну систему. Вокс Україна. 2021. https://voxukraine.org/zdorovi-meshkantsi-ale-obmezhenyj-byudzhet-yak-malym-gromadam-pobuduvaty-efektyvnu-medychnu-systemu/?fbclid=IwAR3D8oJ1B_nlFbkNF7Y7-J8-sMFUnHybbY14dVR2rIjgXyS1AT97gaTaKM0

40. Клименко Е.В., Петрое О.М., Спивак И.В., Плужник Е.И., Тетерятник А.К. Медицинское страхование как способ социальной защиты граждан в Украине. Georgian medical news. № 3 (300) 2020. P. 163-168.

https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/45358/3/V300_N3_March_2020.pdf