Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <https://www.mydisser.com/search.html>

**Горачук Вікторія Валентинівна. Медико-соціальне обгрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги.- Дисертація д-ра мед. наук: 14.02.03, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. - Київ, 2015.- 440 с.**

Міністерство охорони здоров’я України

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

На правах рукопису

**ГОРАЧУК ВІКТОРІЯ ВАЛЕНТИНІВНА**

УДК 614.2:616-082

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ**

**СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

14.02.03 - соціальна медицина

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

Науковий консультант

Криштопа Борис Павлович, доктор медичних наук, професор

Київ-2015

|  |  |
| --- | --- |
| ЗМІСТ | Стор. |
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ | 7 |
| ВСТУП | 8 |
| РОЗДІЛ 1. УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  ЯК СВІТОВА ПРОБЛЕМА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) | 18 |
| * 1. Еволюція менеджменту якості | 18 |
| 1.1.1. Якість як філософська і соціально-економічна категорія. Провідні концепції менеджменту якості. | 18 |
| 1.1.2. Категорія якості в охороні здоров’я: медичні, соціальні та економічні аспекти. | 24 |
| 1.1.3. Ретроспективний аналіз основних моделей управління якістю медичної допомоги та їх реалізації в світових системах охорони здоров’я. | 29 |
| 1.2. Використання світового історичного досвіду управління якістю медичної допомоги в Україні | 46 |
| Висновки до розділу 1 | 51 |
| РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ | 54 |
| 2.1. Загальна характеристика програми та обґрунтування вибору емпіричної бази дослідження | 54 |
| 2.2. Теоретико-методологічна основа, інформаційне забезпечення та інструментально-методичний апарат етапів дослідження  2.3. Обґрунтування методичних підходів до організації проведення соціологічного дослідження | 60  66 |
| Висновки до розділу 2 | 71 |
| РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СТАНУ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ ТА РЕСУРСНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я У 2003-2012 РОКАХ (НА ПРИКЛАДІ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ) | 73 |
| 3.1. Загальна характеристика медико-демографічної ситуації та стану здоров’я населення | 73 |
| 3.2. Аналіз стану здоров’я дитячого населення | 79 |
| 3.2.1. Медико-демографічні характеристики здоров’я дитячого населення. | 79 |
| 3.2.2. Аналіз динаміки захворюваності та інвалідності дитячого населення. | 85 |
| 3.2.3. Визначення потреб дитячого населення у медичній допомозі. | 90 |
| 3.3. Аналіз мережі закладів охорони здоров’я Чернігівської області та їх ресурсної бази у 2003-2012 рр. | 95 |
| 3.3.1.Особливості структурних перетворень мережі закладів охорони здоров’я. | 95 |
| 3.3.2. Характеристика кадрового забезпечення закладів охорони здоров’я. | 98 |
| 3.3.3. Аналіз фінансового та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров’я. | 101 |
| Висновки до розділу 3 | 105 |
| РОЗДІЛ 4. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЇ НА ГАЛУЗЕВОМУ І РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНЯХ УПРАВЛІННЯ | 107 |
| 4.1. Законодавчі основи управління якістю медичної допомоги  в Україні | 107 |
| 4.2. Формування та реалізація державної політики в сфері якості медичної допомоги на галузевому рівні | 112 |
| 4.3. Аналіз професійного рівня керівників закладів охорони здоров’я України з питань управління якістю медичної допомоги | 131 |
| 4.4. Аналіз діяльності органів регіональної влади з управління якістю медичної допомоги (на прикладі Чернігівської області) | 137 |
| Висновки до розділу 4 | 143 |
| РОЗДІЛ 5. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ З УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я (НА ПРИКЛАДІ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ) | 146 |
| * 1. Задоволеність медичною допомогою представників пацієнтів за даними соціологічного опитування | 146 |
| * 1. Оцінка задоволеності професійною діяльністю лікарів-педіатрів області | 151 |
| * 1. Результати аналізу якості медичної допомоги дітям за нозологічними формами | 155 |
| * + 1. Оцінка якості лікувально-діагностичного процесу за структурними елементами. | 155 |
| * + 1. Оцінка відповідності клініко-діагностичних технологій та економічної ефективності лікувально-діагностичних заходів (на прикладі гострої позалікарняної пневмонії у дітей). | 167 |
| 5.4. Аналіз діяльності ззакладів охорони здоров’я з управління якістю медичної допомоги | 187 |
| 5.4.1. Встановлення цілей і цільових показників якості медичної допомоги та планування заходів з їх досягнення. | 187 |
| 5.4.2. Застосування функцій управління та формування організаційної структури для досягнення цілей в сфері якості медичної допомоги. | 190 |
| 5.4.3. Якість інформаційно-технічного забезпечення управлінської діяльності. | 196 |
| 5.4.4. Аналіз якості управлінських рішень з забезпечення і поліпшення якості медичної допомоги. | 199 |
| Висновки до розділу 5 | 202 |
| РОЗДІЛ 6. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ  ТА РОЗРОБКА МОДЕЛІ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ | 206 |
| 6.1. Концептуальні підходи до медико-соціального обґрунтування системи управління якістю медичної допомоги | 206 |
| 6.1.1. Якісні системи охорони здоров’я як необхідна умова якості медичної допомоги у світовому вимірі. | 206 |
| 6.1.2. Медико-соціальне обґрунтування системи управління якістю медичної допомоги за результатами власного дослідження. | 209 |
| 6.2. Розробка перспективної багаторівневої моделі системи управління якістю медичної допомоги в Україні | 217 |
| 6.3. Розробка моделі системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров’я | 224 |
| 6.3.1. Розробка політики і цілей в сфері якості. Ідентифікація процесів та встановлення їх взаємозв’язку. | 224 |
| 6.3.2. Розробка організаційної структури системи управління якістю. | 230 |
| 6.3.3. Розробка методичного забезпечення системи управління якістю. | 240 |
| 6.3.4. Розробка документації системи управління якістю. | 252 |
| 6.3.5.Інформаційно-програмне забезпечення лікувально-діагностичного процесу. | 258 |
| Висновки до розділу 6 | 263 |
| РОЗДІЛ 7. ОРГАНІЗАЦІЯ РОЗРОБКИ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ | 269 |
| 7.1. Етапи розробки та впровадження системи управління  якістю в закладах охорони здоров’я | 269 |
| 7.2. Оцінка ефективності впровадженої системи управління якістю медичної допомоги | 285 |
| 7.2.1. Оцінка ефективності за даними соціологічних опитувань. | 285 |
| 7.2.2. Оцінка ефективності лікувально-діагностичного процесу за даними моніторингу та аудитів. | 295 |
| 7.2.3. Порівняльна оцінка клініко-економічної ефективності лікувально-діагностичних заходів при гострій позалікарняній пневмонії у дітей у 2013 та 2011 роках. | 301 |
| 7.2.4. Оцінка ефективності системи управління якістю за даними самооцінки. | 307 |
| 7.2.5. Результати незалежної експертної оцінки системи управління якістю медичної допомоги. | 311 |
| Висновки до розділу 7 | 313 |
| ВИСНОВКИ | 317 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 323 |
| ДОДАТКИ | 361 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

ДСТУ – Державний стандарт України

дит. нас. – дитяче населення

КЛПЗ – комунальний лікувально-профілактичний заклад

КМУ – Кабінет Міністрів України

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я

НМАПО – Національна медична академія післядипломної освіти

од. – одиниці

ОДА – Обласна Державна адміністрація

рр. – роки

с. – сторінка

СНІД – Синдром набутого імунодефіциту

США – Сполучені Штати Америки

УКПМД – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

УОЗ – Управління охороною здоров’я

ЦРЛ – центральна районна лікарня

ISO – International Organization for Standardization

IWA – International Workshop Agreement

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

SWOT-аналіз: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

ВСТУП

**Актуальність теми**. Серед цінностей, покладених в основу охорони здоров'я і задекларованих Уставом ВООЗ (1946), Європейською соціальною хартією країн-членів Ради Європи (1996), Декларацією тисячоліття ООН (2000), положеннями європейської політики «Здоров’я-2020» (2012), поряд з доступністю, соціальною справедливістю і солідарністю, визначено максимально високу якість медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта та чутливої до його індивідуальних потреб.

Відповідно до міжнародних підходів, Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні (2008, 2010) якість медичної допомоги визначена основною цільовою функцією і водночас критерієм ефективності системи охорони здоров'я. Однак, незважаючи на активну діяльність з удосконалення нормативно-правового регулювання і розробки механізмів забезпечення якості – ліцензування медичної практики, акредитації закладів охорони здоров’я, сертифікації спеціалістів, – реалізація завдань в сфері менеджменту якості медичної допомоги залишається актуальною проблемою (В. М. Лехан, О. Л. Зюков, 2009; З. А. Надюк, 2009; В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко, 2010; О. П. Корнійчук, 2013).

Якість медичної допомоги знаходиться в центрі уваги багатьох науковців і організаторів охорони здоров’я. У вітчизняних авторів найбільш чисельними є роботи зі стандартизації медичних технологій (А. В. Степаненко, 2013, 2014; А. Б. Зіменковський, 2009, 2010; В. Д. Парій, 2009, 2014), методології оцінки якості медичної допомоги (О. М. Ліщишина, 2009; М. М. Островерхова, 2010), ресурсного забезпечення якості (Ю. В. Вороненко, 2008, 2012; Н. Г. Гойда, 2005, 2008), зокрема, якості фармакотерапії (А. Б. Зіменковський, 2009, 2010; Т. М. Думенко, А. М. Морозов, А. В. Степаненко, 2011, 2012). Інноваційні механізми управління якістю пропонуються З. О. Надюк (2005); А. Б. Зіменковським, О. В. Никулишиним (2009); О. Л. Зюковим (2009); В. С. Бірюковим (2010). Серед авторів країн СНД найбільш відомі роботи О. І. Вялкова (2006), В. З. Кучеренка (2009), В. Ф. Чавпецова (2009), а міжнародного визнання набули праці A. Donabedian (1966, 1968, 1988), X. V. Vuory (1982), R. E. Ferneretal (2000).

Завдяки даним дослідженням досягнутий високий ступінь наукової розробки окремих складових проблеми, але їх результатів недостатньо для запровадження нових форм управління соціальними, організаційними, медичними, нормативно-правовими та економічними аспектами медичної допомоги з метою задоволення потреб пацієнтів.

Як свідчать оцінки науковців (Г. В. Дзяк, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, 2010; Н. М. Орлова, 2012), в Україні на низькому рівні залишається інтегральний показник якості лікування (56%) та структурної ефективності охорони здоров’я (36,0 – 44,0% в залежності від регіону). Неадекватним клінічному стану пацієнта лікування визнано у 40,1 – 83,0% хворих стаціонарних закладів, а місце лікування – невідповідним у 30,0 – 50,0% випадків госпіталізації. Значна частина лікарів не використовує в роботі діючі стандарти медичної допомоги (В. М. Князевич, 2009).

За висновками експертів Європейської обсерваторії з систем і політики охорони здоров’я (2010), ліцензування і акредитація в Україні носять переважно формальний характер і не призвели до значних позитивних зрушень у стані індивідуального та популяційного здоров’я. Дані Інституту соціології НАН України (2011) свідчать про незадовільні оцінки 71,5% населення стану системи охорони здоров’я.

Зазначене відповідає висновкам ВООЗ (2008) про те, що більшість причин низької якості криється в недоліках системи організації медичної допомоги, а не в окремих постачальниках медичних послуг або виробів медичного призначення. Однак в Україні стандартизація, як ключовий інструмент забезпечення якості медичної допомоги, охоплює лише об’єкти управління: лікувально-діагностичний процес, компоненти інфраструктури і умови робочого середовища, підготовку кадрів та матеріально-технічне оснащення. Поширення стандартизації на управлінські технології, задеклароване Наказом МОЗ України від 16.09.2011 р. № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року», не знайшло свого теоретико-методологічного обґрунтування та втілення у практичну діяльність, що обумовлює актуальність даного дослідження.

Актуальність дослідження значною мірою посилюється реальними кроками України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах суспільної діяльності. Зокрема, стандарти на системи управління якістю встановлюють вимоги і рекомендації до управлінських процесів як складової загальної системи управління підприємством і мають позитивний досвід використання в системах охорони здоров’я розвинених країн світу (Г. Ш. Хімічева, Н. А. Пономаренко, 2010).

В Україні системи управління якістю на основі міжнародних або гармонізованих з ними національних стандартів запроваджені лише у поодиноких закладах охорони здоров’я приватної форми власності. Вони не набули свого поширення на бюджетний сектор охорони здоров’я, в якому отримує медичну допомогу більшість населення.

Недосконалість запроваджених механізмів регулювання якості медичної допомоги в Україні, відсутність науково обґрунтованої вітчизняної системи управління якістю в галузі охорони здоров’я, як і підходів до її розробки, впровадження і підтримки функціонування на різних рівнях управління, обумовила необхідність проведення даного дослідження, визначила його мету і завдання.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконувалась відповідно до плану виконання докторських дисертацій Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, а також є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри управління охороною здоров’я академії «Розробка стратегічних моделей удосконалення управління якістю медичної допомоги та покращення здоров’я населення України» (№ державної реєстрації 0109U008304, термін виконання – 2009-2014 рр.) з самостійним виконанням автором її окремих частин.

**Мета дослідження:** обґрунтувати, розробити та впровадити модель системи управління якістю медичної допомоги в систему охорони здоров’я України.

Досягнення поставленої мети передбачало виконання наступних **завдань**:

* провести системно-історичний аналіз міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з проблеми управління якістю медичної допомоги;
* вивчити основні закономірності динаміки стану здоров’я населення, зокрема, дитячого, з визначенням його потреб у медичній допомозі та ресурсних можливостей закладів охорони здоров’я їх задовольнити;
* провести системний аналіз державного регулювання якості медичної допомоги в Україні, його реалізації на галузевому і регіональному рівнях управління, а також в закладах охорони здоров’я;
* визначити професійний рівень керівників закладів охорони здоров’я України з питань управління якістю медичної допомоги;
* здійснити на концептуальному рівні медико-соціальне обґрунтування та розробку вітчизняної моделі системи управління якістю медичної допомоги;
* впровадити систему управління якістю медичної допомоги в практику роботи закладів охорони здоров’я;
* надати оцінку ефективності впровадженої системи.

***Об’єкт дослідження***: система управління охороною здоров’я України.

***Предмет дослідження:*** здоров’я населення та його потреби у медичній допомозі; система забезпечення якості медичної допомоги в Україні; професійний рівень керівників закладів охорони здоров’я з питань управління якістю медичної допомоги; задоволеність пацієнтів медичною допомогою, а медичного персоналу – професійною діяльністю; медико-технологічне та методичне забезпечення діяльності закладів охорони здоров’я з питань якості медичної допомоги.

*База дослідження*: заклади охорони здоров’я Чернігівської області вторинного і третинного рівнів, що надають медичну допомогу дитячому населенню: центральні районні лікарні (ЦРЛ, 22 од.); міські дитячі поліклініки м. Чернігова (2 од.); міська дитяча лікарня м. Чернігова (1 од.); Комунальний лікувально-профілактичний заклад (КЛПЗ) «Чернігівська обласна дитяча лікарня» (1 од.), усього 26 од.

З метою вирішення поставлених завдань використовувались наступні **методи дослідження:**

* системного підходу і системного аналізу – для проведення комплексногодослідження визначених предметів, процесів, системи у їх зовнішніх та внутрішніх взаємозв’язках, а також визначення підходів до виявлення і аналізу проблем та розробки шляхів їх вирішення;
* бібліосемантичний – для вивчення еволюції менеджменту якості й сучасних світових підходів до управління нею;
* соціологічний (анкетне опитування) – з метою отримання релевантної інформації від цільових груп респондентів (представників пацієнтів, лікарів, керівників закладів охорони здоров’я);
* медико-статистичний – для математико-статистичної обробки отриманих даних: підрахунку відносних і середніх величин; дисперсійного, варіаційного аналізу; аналізу динамічних рядів; оцінки статистичних параметрів вибіркових даних;
* процесного підходу – для дослідження усіх видів діяльності, що відбуваються в системі з метою забезпечення якості медичної допомоги, та розробки системи управління якістю медичної допомоги;
* клініко-економічного аналізу – для вивчення економічної ефективності лікувальних і діагностичних заходів;
* PEST і SWOT-аналізу – для виявлення і аналізу чинників зовнішнього і внутрішнього середовища, що впливають на якість медичної допомоги в закладах охорони здоров’я;
* концептуального моделювання – для медико-соціального обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги;
* функціонально-структурного моделювання – для розробки запропонованої моделі та її візуалізації;
* організаційного експерименту – для впровадження та оцінки ефективності запропонованої системи управління якістю медичної допомоги;
* експертних оцінок – для отримання незалежної оцінки запровадженої системи висококваліфікованими експертами.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що *вперше*

* науково обґрунтовано вітчизняну перспективну багаторівневу модель системи управління якістю медичної допомоги на відміну від існуючої системи забезпечення якості в охороні здоров’я;
* удосконалено на галузевому рівні систему стандартів в охороні здоров’я України шляхом її доповнення національними, гармонізованими з міжнародними, стандартами на системи управління якістю;
* набули подальшого розвитку науково-методологічні підходи до реалізації функцій управління в частині:

• планування якісної медичної допомоги на усіх рівнях управління галуззю;

• формування організаційної структури, адаптованої до виконання завдань в сфері якості;

• координації лікувально-діагностичного процесу на усіх етапах медичної допомоги;

• організації інформаційної підтримки прийняття управлінських рішень з постійного поліпшення якості медичної допомоги.

*Теоретичне значення* роботи полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров’я населення, зокрема, організацію надання якісної медичної допомоги.

**Практичне значення** **одержаних результатів** дослідженняполягає в тому, що вони стали підставою для:

а) *розробки* вітчизняної перспективної багаторівневої моделі системи управління якістю медичної допомоги;

б) *впровадження* системи у КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня», а її окремих елементів – в інших закладах охорони здоров’я України (Чернігівської, Волинської, Житомирської, Закарпатської, Івано-Франківської, Одеської, Кіровоградської, Черкаської, Тернопільської, Київської і Херсонської областей та м. Києва, усього 31 заклад) та на регіональному і галузевому рівнях управління;

в) *розробки та впровадження:*

* моделей внутрішнього аудиту та самооцінки системи управління якістю;
* технічного завдання на інформаційно-програмне забезпечення автоматизованого моніторингу лікувально-діагностичного процесу.

Результати дослідження використані:

а) *на державному рівні:*

* у пропозиціях до п. 16 Розділу VI Проекту Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров’я-2020: український вимір»;

б) *на галузевому рівні:*

* при підготовці наказів МОЗ України від:

1. 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» (в частині визначення об’єктів контролю якості);

2. 06.08.2013 р. № 693 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги» (в частині визначення особи, яка може очолити медичну раду закладу охорони здоров’я);

3. 20.12.2013 р. № 1116 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 14 березня 2011 р. № 142 «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров’я» (до п. 4.2 змін до Критеріїв акредитації закладів охорони здоров’я, затверджених наказом МОЗ України від 14 03.2011 р. № 142);

4. 17.04.2014 р. № 276 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при епілепсіях» (в частині визначення обсягів організаційних заходів на етапах медичної допомоги в залежності від клінічного стану хворого);

* при підготовці чотирьох методичних рекомендацій та інформаційного листа;
* при розробці навчальних планів і програм циклів тематичного удосконалення лікарів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров’я» кафедри управління охороною здоров’я НМАПО імені П. Л. Шупика:

1. «Управління якістю медичної допомоги як механізм підвищення її ефективності» (затверджено вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика 14 грудня 2011 року, протокол № 10);

2. «Управління якістю медичної допомоги» за дистанційною формою навчання для керівників установ, організацій і закладів охорони здоров’я за фахом «Організація і управління охороною здоров’я» (затверджено вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика 22 січня 2014 р., протокол № 1);

3. «Акредитація як механізм управління якістю медичної допомоги та підвищення її ефективності» для експертів з акредитації закладів охорони здоров’я (затверджено вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика 17 вересня 2014 р., протокол № 7);

* при внесенні змін до навчальних планів і програм циклів спеціалізації та передатестаційних циклів для лікарів за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров’я» тривалістю 18, 2 та 1 місяць кафедри управління охороною здоров’я НМАПО імені П. Л. Шупика в розділі «Управління якістю медичної допомоги як механізм підвищення її ефективності» (протоколи засідання кафедри № 1 від 06.01.2012 р., № 3 від 15.03.2013 р., № 1 від 15.01.2014 р.);

в) *на регіональному рівні* при підготовці*:*

* наказів УОЗ Чернігівської ОДА від 15.11.2013 р. № 288 «Про поліпшення якості медичної допомоги дітям з гострою позалікарняною пневмонією» та від 25.11.2013 р. № 300 «Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги у медичних закладах області»;
* наради УОЗ Чернігівської ОДА 16.01.2014 р. «Організація роботи клініко-експертної комісії та контролю за якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров’я Чернігівської області» та її проведенні;

г) *на рівні закладу охорони здоров’я* при підготовці:

1. Розпорядження головного лікаря КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня» від 01.03.2012 р. № 1 щодо організації розробки та впровадження системи управління якістю;

2. Наказів головного лікаря КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня» від 18.07.2012 р. № 235 «Про введення в дію Настанови з якості КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня» та від 18.10.2012 р. № 325 «Про організацію навчально-тренінгового центру КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня»;

3. Рішення медичної ради КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня» від 03.10.2013 р. «Аналіз стану впровадження стандартів медичної допомоги у практику лікування дітей».

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто визначені мета і завдання дослідження, розроблена його програма, обрані методи дослідження, виконані заплановані заходи на усіх етапах дослідження, власноруч сформована база даних з первинної медичної документації, здійснений статистичний аналіз даних, розроблено варіанти анкет для кожної групи респондентів, сформовано технічне завдання для розробки інформаційно-програмного продукту з моніторингу лікувально-діагностичного процесу, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи, обґрунтовано достовірність отриманих результатів.

Здобувачем одноосібно: підготовлено та видано монографію за матеріалами наукового дослідження; опубліковано чотири наукові праці у фахових виданнях України, три – у іноземних виданнях, п’ять тез у матеріалах науково-практичних конференцій, п’ять статей – у інших виданнях. В роботах, виконаних у співавторстві, внесок автора є визначальним і полягає у безпосередній участі у постановці завдань, їх реалізації, обговоренні результатів та підготовці висновків.

**Апробація результатів дисертації**. Основні положення та результати дисертаційного дослідження викладені в доповідях та тезах доповідей, представлених автором *на міжнародному рівні на:*

* науково-практичній конференції з міжнародною участю «Медична та біологічна інформатика і кібернетика: віхи розвитку» (Київ, 20 – 23 квітня 2011 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання медицини: сучасний стан та шляхи розвитку» (Львів, 23 – 24 березня 2012 р.); міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій Всесвітньому дню здоров’я (Київ, 5 – 6 квітня 2012 р.); ХІV Конґресі Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (Донецьк, 4 – 6 жовтня 2012 р.); міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій Всесвітньому дню здоров’я (Київ, 4 – 5 квітня 2013 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Моделі організації надання медичної допомоги та їх вплив на основні показники здоров’я населення» (Запоріжжя, 25 – 26 квітня 2013 р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичної допомоги – освіта, наука та практика» (Київ, 10 жовтня 2013 р.);

*на національному рівні на:*

* науково-практичній конференції «Сучасна стратегія забезпечення якості та безпеки медичної допомоги» (Дніпропетровськ, 22 – 23 квітня 2010 р.); засіданні круглого столу Національного інституту стратегічних досліджень «Реформування сфери охорони здоров’я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення» (Київ, 22 грудня 2011 р.); V з’їзді спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров’я України (Житомир, 11 – 12 жовтня 2012 р.); XII з’їзді Всеукраїнського лікарського товариства (Київ, 5 – 7 вересня 2013 р.).

**Публікації.** Результати дисертаційної роботи опубліковані у 47 наукових працях, 23 з яких відображають основні наукові результати (17 статей у фахових наукових виданнях України та шість публікацій в іноземних наукових журналах), 11 – містять праці апробаційного характеру, 13 – додатково представляють наукові результати дослідження в інших виданнях.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено функціонування в охороні здоров’я України системи забезпечення якості медичної допомоги та її обмежені можливості виконувати поставлені завдання з задоволення потреб населення у своєчасній, доступній, результативній, справедливій, безпечній, економічно ефективній медичній допомозі.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення зазначеної проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування перспективної багаторівневої моделі системи управління якістю медичної допомоги в Україні, розробленої на основі світових моделей управління якістю, принципів всебічного менеджменту якості, стандартів на системи управління якістю, набутого вітчизняного досвіду і результатів власного дослідження, впровадження якої довело свою медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Встановлено, що задоволення зростаючих внаслідок погіршення стану популяційного здоров’я потреб населення України в медичній допомозі регулюється потужною законодавчою базою. Однак запроваджені механізми забезпечення якості медичної допомоги не надають пацієнтам гарантій її високого рівня та постійного поліпшення: ліцензуванню підлягають заклади охорони здоров’я, а не фахівці, що не мотивує останніх до професійного зростання; 79 (40,1%) стандартів акредитації дублюють умови ліцензування за відсутності вимог до моніторингу і оцінки якості; стандартизація медичної допомоги не підтримується відповідним матеріально-технічним оснащенням.
2. Виявлено, що в рамках існуючої системи забезпечення якості медичної допомоги використовувались лише окремі класичні функції управління (координації і контролю), що унеможливлювало системне управління якістю. Всупереч покладеним завданням, діяльність координаційних рад з управління та контролю якості і клініко-експертних комісій обмежувалась розглядом несприятливих кінцевих результатів медичної допомоги і не впливала на забезпечення її безперервності та наступності на різних етапах. Наділення повноваженнями управління і контролю якості медичних рад закладів охорони здоров’я не призвело до очікуваних результатів: скоординованої роботи структурних підрозділів; проведенню оцінки відповідності медичної допомоги вимогам галузевих нормативів; розробки і впровадження якісних локальних стандартів; широкого залучення персоналу до моніторингу і оцінки якості. Керівники закладів охорони здоров’я не забезпечили спрямування діяльності колективів на надання якісної медичної допомоги.
3. Показано, що, незважаючи на домінування обмежувально-контрольних механізмів, система зворотних зв’язків з регулювання якості медичної допомоги виявилась недосконалою: інформаційна база підтримки управлінських рішень формувалась обмеженими за обсягом суб’єктивними даними експертних оцінок за сукупністю нозологічних форм та узагальненими даними офіційних статистичних звітів. Розподіл індикаторів якості за системно-ієрархічним принципом на індикатори «структури», «процесу» і «результату» не дозволяв враховувати повний спектр компонентів якості медичної допомоги та здійснювати її оцінку і аналіз на усіх рівнях управління.
4. Доведено, що запроваджені механізми державного регулювання не призвели до очікуваного підвищення якості медичної допомоги, орієнтованої на задоволення потреб кожного пацієнта, оскільки, в залежності від захворювання: потреби у безперервній і наступній на різних етапах медичній допомозі задовольнялись у 16,7–61,1% пацієнтів; у своєчасній медичній допомозі – у 63,3–80,6% випадків госпіталізації; у епідемічній безпеці – за рахунок 23,3–96,7% хворих, скерованих до стаціонару, з даними про епідемічне оточення; права пацієнта дотримувались лише у 70,0–83,1% госпіталізованих; надлишкові діагностичні дослідження проводились у 23,3–46,7% випадків лікування; тільки 66,7–88,3% найменувань призначених лікарських засобів входили до діючого формулярного переліку; у 5,0–16,0% хворих отримані неочікувані результати лікування; зайві витрати на лікування і діагностику (на прикладі гострої пневмонії) складали 13,4% – 34,4% від загальної суми витрачених коштів.
5. Результати проведеного соціологічного дослідження засвідчили низький рівень задоволеності батьків дітей-пацієнтів закладів охорони здоров’я Чернігівської області забезпеченням медикаментами (0,39–0,62 балів) і харчуванням (0,67–0,74 балів) в стаціонарі при максимально можливій оцінці даних характеристик у 1,0 бал. За даними опитування лікарів-педіатрів області, індекс їх задоволеності рівнем заробітної плати складав 0,24 балів, доступом до професійного навчання – 0,39 балів за максимально можливої оцінки по кожній позиції у 0,48 балів. Відповідні інтегральні оцінки задоволеності складали 8,68–8,79 та 8,65 балів за 10-бальною шкалою.
6. Виявлено низький професійний рівень керівників закладів охорони здоров’я України з питань управління якістю медичної допомоги: в залежності від регіону, від 36,6%±3,7% до 84,3%±2,5% учасників соціологічного дослідження не змогли визначити повний спектр компонентів якості медичної допомоги; від 44,2%±3,8% до 72,9%±3,1% респондентів недооцінювали роль внутрішніх (локальних) стандартів медичної допомоги, а від 54,8%±3,4% до 83,7%±3,0% – значимість соціологічного та індикативних методів оцінки якості. Зміст, структура і обсяг навчальних планів і програм для організаторів охорони здоров’я не відповідали потребам цільового підвищення їх професійного рівня.
7. Виявлені недоліки існуючої системи забезпечення якості медичної допомоги в Україні засвідчили необхідність медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження перспективної багаторівневої моделі системи управління якістю медичної допомоги, в основу якого покладались положення програмних документів ВООЗ щодо якісних систем управління, позитивний світовий досвід використання міжнародних стандартів на системи управління якістю та результати власного дослідження.
8. Основними відмінностями запропонованої моделі визначені вихідні позиції цілепокладання в сфері якості, орієнтовані на потреби усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін (з диференціацією цілей за компонентами якості), та на законодавчі вимоги; встановлення відповідних стратегій і видів діяльності (процесів) з досягнення цілей (процеси медичної допомоги, забезпечення ресурсами, процеси управління), переорієнтації організаційної структури з ієрархічної на функціонально-матричну (робочі групи з проведення соціологічних опитувань, розробки і підтримки управлінських процесів, самооцінки системи управління якістю; служба внутрішнього аудиту) з актуалізацією ролі головних позаштатних спеціалістів з питань планування, аналізу і оцінки якості, що дозволить залучити персонал до управління якістю і здійснювати забезпечення підтримки прийняття управлінських рішень з її поліпшення об’єктивною і вичерпною інформацією на різних рівнях управління охороною здоров’я.
9. Невід’ємними складовими запропонованої моделі визначені класичні методи і засоби управління, доповнені новими змістовними елементами: внесення стандартів на систему управління якістю до системи стандартів в охороні здоров’я на законодавчому рівні; надання нормативно-правового статусу зовнішній і внутрішній аудиторській діяльності в охороні здоров’я; розробка навчальних планів і програм з якості для керівників, аудиторів, експертів з якості; розробка методичного забезпечення умов ліцензування і стандартів акредитації; використання соціологічного методу з розробкою цільових анкетних опитувальників і оцінкою якості за нозологічною ознакою; контрактні умови оплати виконаних робіт як метод економічної мотивації персоналу до якісної праці. Важливим є застосування медико-статистичного методу з метою моніторингу і оцінки якості медичної допомоги, її ресурсного забезпечення та системи управління якістю за умови автоматизації обігу відповідної інформації. Визначені напрями вдосконалення існуючих механізмів забезпечення якості медичної допомоги.
10. Впровадження запропонованої моделі системи на рівні закладу охорони здоров’я засвідчило її ефективність: медичну (скорочення відсотку хворих з гострою хірургічною патологією, госпіталізованих після 24 годин від початку захворювання, з 38,4% до 32,7%, відсотку несвоєчасної госпіталізації соматичних хворих з 9,4–21,6% до 3,3–10,9%; зниження відсотку занесених зовні інфекційних хвороб з 0,9% до 0,3% від загального числа госпіталізацій; скорочення числа діагностичних досліджень на одного хворого за рахунок виключення необґрунтованих, зокрема, електрокардіографічних – з 0,80 до 0,76, лабораторних – з 27,4 до 25,5, у тому числі, біохімічних – з 7,5 до 5,6; зростання відсотку призначених лікарських препаратів, що входять до формулярного переліку, до 91,7–100,0%, в залежності від захворювання; зниження відсотку випадків погіршення клінічного стану хворих, зокрема, з 16,0 до 8,7% від загального числа випадків лікування бронхіальної астми, з 5,0 до 2,0% – гострих кишкових інфекцій); соціальну (зростання інтегрального індексу задоволеності батьків пацієнтів результатами лікування дітей з 8,69 до 8,85 балів, а лікарів-педіатрів області професійною діяльністю – з 8,65 до 8,83 балів за 10-бальною шкалою); економічну (за рахунок скорочення числа необґрунтованих діагностичних досліджень та нераціонально обраних лікарських препаратів витрати на лікування одного хворого з гострою пневмонією у 2013 р. скоротились на 84,96 грн, а в сумі за рік на усіх пролікованих хворих – на 54 289,44 грн за цінами 2011 р.). Зріс професійний рівень керівників закладів охорони здоров’я з питань управління якістю медичної допомоги за більшістю позицій, що піддавались оцінці, на достовірно значущому рівні (p<0,05).
11. Результати самооцінки системи управління якістю КЛПЗ «Чернігівська обласна дитяча лікарня» (M±σ при коефіцієнтах варіації у 2013 р. 6,7–18,0%), засвідчили зростання (у балах за п'ятибальною шкалою): соціальної спрямованості системи (з 2,6±0,51 до 4,4±0,51), діяльності з цілепокладання (з 2,6±0,51 до 4,3±0,49), формування організаційної структури (з 1,5±0,52 до 4,1±0,64), використання процесного підходу (з 1,8±0,41 до 3,6±0,51), організації підвищення професійного рівня персоналу (з 2,4±0,63 до 4,1±0,74), інформаційного забезпечення підтримки прийняття управлінських рішень (з 2,3±0,49 до 3,2±0,85), впровадження новітніх технологій та постійного удосконалення процесів (з 2,5±0,52 до 4,5±0,64).
12. Запропонована і впроваджена на рівні закладу охорони здоров’я модель системи управління якістю медичної допомоги отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів (M±σ при коефіцієнтах варіації 4,0–10,9%) – від 4,7±0,5 до 4,95±0,2 балів в залежності від характеристик за п'ятибальною шкалою. Результати оцінки ефективності системи управління якістю медичної допомоги підтвердили її дієздатність і дозволяють рекомендувати впровадження в інших закладах охорони здоров’я України, а також на вищих рівнях управління охороною здоров’я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адизес И. Управление жизненным циклом корпорации ; пер. с англ. / Адизес И. — СПб. : Питер, 2007. — 384 с.
2. Азизова Б. Г. Отношение руководителей здравоохранения к проблемам управления качеством медицинской помощи / Б. Г. Азизова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2008. — № 4. — С. 38 — 40.
3. Алексеев В. А. Оценка систем здравоохранения с позиций Всемирной организации здравоохранения / В. А. Алексеев, Ф. Е. Вартанян, И. С. Шурандина // Здравоохранение. — 2009. — № 11. — С. 57 — 67.
4. Алексеев С. И. Исследование систем управления / Алексеев С. И. — М. : Изд. центр ЕАОИ, 2008. — 195 с.
5. Анализ систем и политики здравоохранения. Краткий аналитический обзор [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения, 2008, и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008. — 42 с. — Режим доступа :

http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0005/76424/E93413R.pdf.

1. Антибиотикотерапия нетяжелой внебольничной пневмонии в стационаре (клинико-экономический анализ) / О. В. Молчанова, С. Ш. Сулейманов, А. Б. Островский [и др.] // Вестник ВолГМУ. — 2008. — № 4 (28). — С. 63 — 65.
2. Аристов О. В. Управление качеством : учебное пособие для вузов / Аристов О. В. — М : ИНФРА-М, 2006. — 240 с.
3. Арустамян Г. Н. Клинико-экономический анализ и его роль в управлении качеством медицинской помощи [Электронный ресурс] / Г. Н. Арустамян // Государственное управление. Электронный вестник. — Декабрь 2011. — Выпуск № 29. — С. 1 — 13. — Режим доступа :

[http: //e-journal.spa.msu.ru/uploads/vestnik/2011/vipusk\_29.\_dekabr\_2011\_g./problemi\_upravlenija\_teorija\_i\_praktika/arustamyan.pdf](http://e-journal.spa.msu.ru/uploads/vestnik/2011/vipusk__29._dekabr_2011_g./problemi_upravlenija_teorija_i_praktika/arustamyan.pdf).

1. Арутюнова Д. В. Стратегический менеджмент : учебное пособие. / Арутюнова Д. В. — Таганрог : Изд-во ТТИ ЮФУ, 2010. — 122 с.
2. Аудит : учебное пособие / Майданевич П. Н., Каюм Абдул, Федосеев С. К., Олейник О. А. ; под ред. проф. А. Ю. Рудченко. — Донецк : ООО “Юго-Восток, Лтд”, 2005. — 395 с.
3. Бандура А. Теория социального научения / А. Бандура. — СПб. : Евразия, 2000. — 320 с.
4. Банчук М. В. Деякі аспекти забезпечення населення регіонів України медичними кадрами / М. В. Банчук, І. І. Волинкін, Г. В. Курчатов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. — 2008. — № 3. — С. 15 — 19.
5. Банько Н. А. Управление персоналом. Часть I: учебное пособие / Банько Н. А., Карташев Б. А., Яшин Н. С. — ВолгГТУ, Волгоград, 2006. — 96 с.
6. Басовский Л. Е. Управление качеством: учебник / Л. Е. Басовский, В. Б. Протасьев. — М. : ИНФРА-М, 2010. — 212 с.
7. Белов Л. А. Пути повышения качества медицинской помощи / Л. А. Белов // Здравоохранение. — 2009. — № 1. — С. 62 — 63.
8. Бирюков В. С. Концепция качества в украинском здравоохранении: взгляд через призму процессного подхода / В. С. Бирюков // Медичні перспективи. — Том XV, 2010. — № 1. — С. 10 — 12.
9. Бодак В. М. Актуальні питання управління лікувально-діагностичним процесом у стаціонарі лікарні / В. М. Бодак // Україна. Здоров’я нації. — 2009. — №1 — 2 (9 — 10). — С. 12 — 14.
10. Боярська Л. М. Принципи діагностики та антибіотикотерапії гострих пневмоній у дітей / Боярська Л. М. — Запоріжжя, 2006. — 169 с.
11. Василишин Р. Й. Формування і коригування планової вартості лікування відповідно до медико-економічних стандартів на основі сучасних інформаційних технологій / Р. Й. Василишин // Український медичний часопис. — 2007. — № 3 (59) V — VI. — C. 124 — 126.
12. Васильєва Г. Ю. Ефективність корекції емоційного вигорання фахівців-онкологів як один з індикаторів якості медичної допомоги хворим на онкологічну патологію / Г. Ю. Васильєва // Медичні перспективи. — 2010. — Том XV. — № 1. — С. 81 — 83.
13. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / Уклад і голов. ред. В. Т. Бусел. — К. ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. — С. 1082.
14. Вергай Н. С. Очерк основных категорий и законов науки логики Гегеля и их комментарии / Вергай Н. С. — Черкассы, 2010. — 170 с.