

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ОСВІТНІЙ СТУПІНЬ «МАГІСТР»

**тема: ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЯКІСНИХ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ**

Виконала: студентка заочної форми навчання
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва напрямку підготовки, спеціальності)

Коваленко Юлія Олександрівна

Керівник

Харченко Тетяна Олександрівна
к.е.н., доцент кафедри публічного управління та
адміністрування

Рецензент

Нагорна Анастасія Олександрівна
Лікар загальної практики – сімейний лікар
КНП «Центр первинної медико-санітарної
допомоги №1» СМР

Суми - 2022 р.

АНОТАЦІЯ

Коваленко Ю.О. Державна політика забезпечення надання якісних медичних послуг населенню.

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування», СНАУ, Суми-2022 р. – Рукопис.

В першому розділі кваліфікаційної роботи досліджено, що одним із підходів до визначення якості медичної допомоги, є формування її сутності, як сукупності характеристик, що забезпечують відповідність наданої медичної допомоги поточним потребам і очікуванням пацієнта (населення), з урахуванням досягнень медичної науки і техніки. В частині розробки підходів до формування державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг важливим є формування функціональних характеристик, з урахуванням специфіки галузі. Серед яких виділяють наступні: результативність; ефективність; оптимальність; прийнятність; законність; справедливість.

В другому розділі дослідження підтверджено, що управлінський вплив держави на реформування системи надання медичних послуг населенню реалізується шляхом використання повноважень виконавчої влади. Для проведення оцінки результативності державної політики надання якісних медичних послуг населенню та може бути оцінено в розрізі п'яти груп індикаторів, котрі характеризують різні сфери системи охорони здоров'я. Одним із комплексних індикаторів, котрий характеризує стан соціально-економічного розвитку регіону є показники доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я. Окреслена динаміка визначила, що переважну частку в Сумській області в 2021 р. складають амбулаторні послуги, частка - 58,4%, відповідно частка стаціонарних послуг склала 41,6%. Визначено зростання загального коефіцієнту смертності на 1000 наявного населення в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 1,1. В 2021 р. в порівнянні з 2019 р. в Сумській області встановлено зниження кількості новонароджених на 1000 наявного населення з 6,5 до 5,7.

В третьому розділі кваліфікаційної роботи обґрунтовано формування методичних засад до оцінки якості надання медичних послуг населенню, окреслено функціональні блоки оцінки; показники, котрі формують кожен блок; порядок розрахунку кількісних та якісних показників, а також часткові складники, що формують комплексний показник K_{qms} . Враховуючи те, що даний методичний підхід може бути адаптовано до лікувальних закладів різних рівнів, запропоновано ввести вагомість кожного складника, котрі визначаються відповідно до певних вихідних умов фахівцями, котрі входять до складу експертного середовища. В рамках обґрунтованого методичного підходу визначено чотири рівні якості надання медичних послуг населення.

Ключові слова: державна політика, якість, медичні послуги, оцінка, методичні засади.

SUMMARY

Kovalenko Yu.O. State policy of ensuring the provision of quality medical services to the population.

Qualification work on specialty 281 "Public management and administration", SNAU, Sumy-2022 - Manuscript.

In the first section of the qualification work, it was investigated that one of the approaches to determining the quality of medical care is the formation of its essence, as a set of characteristics that ensure the compliance of the provided medical care with the current needs and expectations of the patient (population), taking into account the achievements of medical science and technology. In terms of the development of approaches to the formation of the state policy of ensuring the provision of quality medical services, the formation of functional characteristics, taking into account the specifics of the industry, is important. Among which the following stand out: productivity; efficiency; optimality; admissibility; legality; justice.

In the second chapter of the study, it is confirmed that the administrative influence of the state on reforming the system of providing medical services to the population is realized by using the powers of the executive power. In order to evaluate the effectiveness of the state policy of providing quality medical services to the population, it can be evaluated in terms of five groups of indicators that characterize different areas of the health care system. One of the complex indicators that characterizes the state of socio-economic development of the region are indicators of the availability and quality of services in the field of health care. The outlined dynamics determined that the predominant share in the Sumy region in 2021 will be outpatient services, the share - 58.4%, respectively, the share of inpatient services was 41.6%. An increase in the total mortality rate per 1,000 of the existing population in 2021 compared to 2019 by 1.1 was determined. In 2021, compared to 2019, the number of newborns per 1,000 of the population in the Sumy region decreased from 6.5 to 5.7.

In the third section of the qualification work, the formation of methodological principles for assessing the quality of providing medical services to the population is substantiated, the functional assessment blocks are outlined; indicators that form each block; the procedure for calculating quantitative and qualitative indicators, as well as partial components forming the complex indicator K_{qms} . Taking into account that this methodical approach can be adapted to medical institutions of different levels, it is proposed to introduce the importance of each component, which are determined according to certain initial conditions by specialists who are part of the expert environment. Within the framework of a justified methodical approach, four levels of quality of the provision of medical services to the population are defined.

Keywords: state policy, quality, medical services, assessment, methodical principles.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ ФОРМУВАННЯ КОНЦЕПТУ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СФЕРІ РОЗРОБКИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ.....	7
РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ	17
2.1 Загальна характеристика організації надання медичної допомоги в сфері реалізації державної політики	17
2.2 Оцінка результативності реалізації державної політики щодо доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я	26
2.3 Оцінка результативності реалізації державної політики пацієнт орієнтованого надання медичних послуг населенню	32
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ.....	40
3.1 Формування системи показників оцінки якості надання медичних послуг населенню в рамках діючої державної політики.....	40
3.2 Розробка методичних засад до проведення комплексної оцінки якості надання медичних послуг населенню в рамках державної політики	47
3.3 Удосконалення системи управління якістю надання медичної допомоги в рамках реалізації державної політики.....	55
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67
ДОДАТКИ.....	70

ВСТУП

Актуальність теми. Одним із принципів державної політики є захист і відновлення здоров'я людей шляхом надання медичних послуг і лікарських засобів належної якості, що реалізує право громадян на доступ до якісних медичних послуг. Серед підходів до визначення якості медичної допомоги, є формування її сутності, як сукупності характеристик, що забезпечують відповідність наданої медичної допомоги поточним потребам і очікуванням пацієнта (населення), з урахуванням досягнень медичної науки і техніки. Фактичний зміст поняття якості є важливим і в частині розробки державної політики у сфері забезпечення якості надання медичних послуг.

Теоретичні підходи до формування характеристик щодо якості надання медичних послуг, окреслюють необхідність досягнення результативності їх надання у формі, максимально наближеної до визначених стандартів, затверджених клінічних протоколів тощо. При цьому повинен дотримуватись баланс між економічними витратами та отриманими результатами; враховуватись вимоги законодавства; забезпечуватись очікування і потреби пацієнтів. Отже, якість медичної допомоги повинна розглядатись через призму взаємодії між медичним персоналом і пацієнтом, що базується на а) навичках лікаря та його здатності передбачити та зменшити ризик прогресування захворювання пацієнта і розвиток нових патологічних процесів; б) здатність задовольняти потреби та очікування пацієнта щодо якості медичної допомоги; в) краще використання організаційних ресурсів.

Відповідно важливість підвищення якості медичних послуг є вирішальним фактором для забезпечення здоров'я населення країни та виступає пріоритетним напрямом державної політики. Висока якість завжди пов'язана зі збільшенням витрат на охорону здоров'я та зростанням вимог до кваліфікації медичного персоналу. Саме тому вагомим складником реалізації державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню є формування відповідних характеристик для оцінки її рівня. Управлінський

вплив держави на реформування системи надання медичних послуг населенню реалізується шляхом використання повноважень виконавчої влади. Для проведення оцінки результативності державної політики надання якісних медичних послуг населенню може бути використано п'ять груп оціночних індикаторів, котрі характеризують різні сфери системи охорони здоров'я.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню. Відповідно до визначеної в кваліфікаційній роботі мети дослідження визначено наступні **завдання**:

- дослідження теоретичного підґрунтя формування концепту якості надання медичних послуг в сфері розробки державної політики;
- формування загальної характеристика організації надання медичної допомоги в сфері реалізації державної політики;
- надання оцінки результативності реалізації державної політики щодо доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я;
- визначення результативності реалізації державної політики пацієнт орієнтованого надання медичних послуг населенню;
- формування системи показників оцінки якості надання медичних послуг населенню в рамках діючої державної політики;
- розробка методичних засад до проведення комплексної оцінки якості надання медичних послуг населенню в рамках державної політики.

Об'єктом дослідження є управління охорони здоров'я Сумської міської ради.

Предметом дослідження є теоретичні положення, методологічні засади та практичні аспекти оцінки результативності державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню.

Теоретичні і методологічні засади кваліфікаційного дослідження були сформовані на основі положень, категорій і концепцій державної політики. Важливе значення мали закони і нормативно-правові акти, які є регуляторами в сфері охорони здоров'я. Для аналізу та оцінки явищ щодо удосконалення

інструментів реалізації державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню було використано аналіз і синтез, загальнонаукові методи і методи соціально-економічних досліджень, зокрема, абстрактно-логічний, статистико-аналітичні методи тощо.

Інформаційною базою дослідження стали нормативно-правові акти, які регламентують реалізацію державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню України, нормативні акти Міністерства охорони здоров'я України, нормативні акти Кабінету Міністрів України, монографії і науково-аналітичні статті вітчизняних та зарубіжних вчених, Internet-ресурси, матеріали дискусій на наукових конференціях, аналітичні розробки та довідки, особистості спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів роботи полягає в обґрунтуванні методичних засад до проведення комплексної оцінки якості надання медичних послуг населенню в рамках державної політики.

Практична значущість одержаних результатів роботи виражене в тому, що автором сформовано систему показників оцінки якості надання медичних послуг населенню в рамках діючої державної політики, визначено напрями удосконалення системи управління якістю надання медичної допомоги. Окреслені напрями мають практичну цінність та актуальність для удосконалення інструментів реалізації державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню.

Основні положення і результати наукових досліджень пройшли апробацію на двох міжнародних науково-практичних конференціях:

1. Коваленко Т.О. Стан реалізації державної політики в сфері надання якісних медичних послуг населенню в Сумській області. *Матеріали науково-практичної конференції викладачів, аспірантів та студентів Сумського НАУ* (26-29 квітня 2022 р.). Суми, 2022. С.217.

2. Коваленко Ю.О. Організація надання якісних медичних послуг населенню в системі державного регулювання. *Наука, освіта, технології і суспільство: тенденції, виклики, перспективи*: збірник тез доповідей

міжнародної науково-практичної конференції (Житомир, 12 листопада 2022 р.):
у 2 ч. Житомир: ЦФЕНД, 2022. Ч. 2. С. 59-61.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатку. Основний зміст роботи викладено на 66 сторінках комп'ютерного тексту. Список використаних джерел нараховує 23 найменування. Робота містить 17 таблиць, 12 рисунків, додатку.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ПІДГРУНТЯ ФОРМУВАННЯ КОНЦЕПТУ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В СФЕРІ РОЗРОБКИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ

Гарантоване Конституцією України право громадян на доступ до ефективної та доступної медичної допомоги має бути забезпечено ефективною системою прийняття управлінських рішень у зв'язку з розвитком ринку охорони здоров'я та створенням і підтримкою якісної медичної інфраструктури, розширення джерел фінансування, розробки чітких та прозорих правил державного фінансування та підтримки в галузі охорони здоров'я, підвищення якості медичних послуг та вирішенням проблем з належним контролем процесу їх надання. Наразі питання державних гарантій щодо забезпечення громадян доступними та якісними медичними послугами є основним змістом медичних реформ, що проводяться, та законодавчих дій, які контролюють діяльність закладів охорони здоров'я та надання медичних послуг [1, с. 93].

Важливість вирішення проблеми надання якісних медичних послуг пов'язана з необхідністю забезпечення виконання програми медичних гарантій, встановленої Законом України «Про державну фінансову гарантію медичного обслуговування населення» [2]. Одним із принципів державної політики є захист і відновлення здоров'я людей шляхом надання медичних послуг і лікарських засобів належної якості, що забезпечує право громадян на доступ до якісних медичних послуг. На МОЗ покладається контроль за дотриманням стандартів якості медичної допомоги для постачальників медичних послуг, систематичний аналіз результатів та ефективності медичної допомоги, оцінка рівня задоволеності населення якістю медичної допомоги та медсестринських послуг, моніторинг та прогнозування потреб населення у здоров'ї, моніторинг права громадян на доступ до якісних медичних послуг тощо.

Фактичний зміст поняття якості є важливим у зв'язку з розробкою державної політики у сфері забезпечення якості лікування [3]. Відповідно до наукових думок, існує кілька способів пояснити це, найпоширенішим з яких є таке розуміння якості медичної допомоги [4, с. 72]:

- набір характеристик, які вказують на здатність пацієнта задовольняти встановлені або очікувані потреби, наприклад: зниження ризику розвитку наявного захворювання або появи нового; ефективне використання ресурсів; гарантія задоволення належного рівня наданої послуги;

- узагальнення результатів профілактики, діагностики та лікування захворювань відповідно до вимог, які висуваються з використанням знань медичної науки і практики;

- сукупність елементів, спрямованих на задоволення потреб громадян, підвищення якості життя та продовження часу профілактики та лікування захворювань;

- рівень успішності певних цілей у системі охорони здоров'я щодо рівня здоров'я населення та своєчасного усунення причини проблеми [4, с. 72].

Стосовно вимог до якості медичного лікування з боку отримувачів послуги, медичного персоналу, доцільно здійснювати розподіл в частині функціональних характеристик сутності визначення якісної медичної послуги, згрупований авторами за результатами дослідження [5, с. 68]. У відповідності до їх визначення основними характеристиками якості медичних послуг є:

- з боку пацієнта - зацікавленість і доброзичливість медичного персоналу; усунення симптомів захворювання; поліпшення працездатності;

- з боку медичного персоналу - свобода діяти з урахуванням клієнто-орієнтованого підходу; дотримання стандартів медичної допомоги, що надається сучасним технічним обладнанням;

- з боку інвесторів - краще використання наявного фонду охорони здоров'я, правильне використання медичних ресурсів, орієнтоване на збереження здоров'я населення [5, с. 68].

Одним із підходів до визначення якості медичної допомоги, є формування її сутності, як сукупності характеристик, що забезпечують відповідність наданої медичної допомоги поточним потребам і очікуванням пацієнта (населення), з урахуванням досягнень медичної науки і техніки [6, с. 25]. В частині розробки підходів до формування державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг важливим є формування функціональних характеристик, з урахуванням специфіки галузі. Так, на думку групи авторів [6, с. 25], у складі таких характеристик можуть бути визначені наступні:

- результативність (ефективність) - зовнішній вплив, що вимірюється досягненням цілей організації охорони здоров'я. Результати, досягнуті шляхом розгляду використання науково-технічних досягнень у медицині та суміжних науках, можуть бути виміряні найвищим можливим співвідношенням;
- ефективність – орієнтована на скорочення витрат без зниження ефективності медичної допомоги та правильного економічного використання ресурсів;
- оптимальність – досягнення раціонального співвідношення між витратами на охорону здоров'я та досягнутими результатами щодо покращення здоров'я;
- прийнятність – досягнення балансу між наданою медичною допомогою та очікуванням, бажанням і потребам пацієнта;
- законність – забезпечення відповідності послуги затвердженим нормам, прийнятим нормативно-правовим актам, моральними та етичними принципами;
- справедливість - дотримання принципів неупередженості та доступності медичної допомоги, забезпечення надання, затверджених на законодавчому рівні, пільг для населення [6, с. 28].

Якщо попередній підхід визначає необхідність впровадження функціональних характеристик, то в рамках наступного підходу, окреслено необхідність реалізації заходів державної політики в розрізі трьох

концептуальних блоків: організаційного, процесного та результативного, сутнісні характеристики яких, представлено на рисунку 1.1.

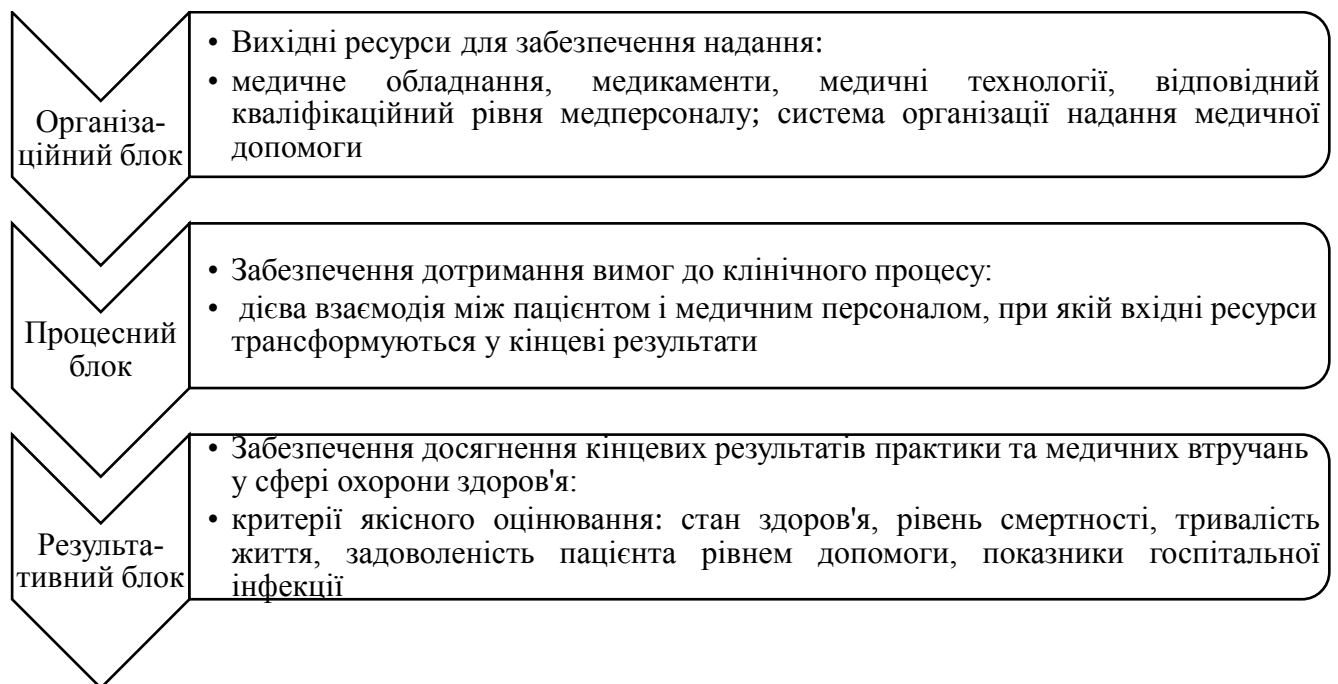


Рисунок 1.1 – Концептуальні блоки забезпечення надання якісних медичних послуг населенню в сфері реалізації державної політики

Джерело: згруповано автором за даними [1, с. 93; 4]

Представлені концептуальні блоки цілком імплементуються в механізми та інструменти державної політики та відповідають сучасним напрямам реформування галузі охорони здоров'я. Цілком обґрунтованим є виокремлення в якості базового – організаційний блок, адже створення належного кадрового та матеріально-технічного підґрунтя є основою надання якісних медичних послуг. В частині реалізації процесного блоку, саме дотримання клінічних протоколів, медичних стандартів та правил є основою для отримання якісних медичних послуг пацієнтами. Саме даний аспект потребує окремої регламентації, адже в умовах реформування галузі, залишилась низка питань та неузгодженостей між нормативними документами. Ступінь досягнення запланованого кінцевого результату, а саме, якісної медичної послуги, може бути визначена лише за умови сформованих критеріїв якісного оцінювання.

Отже, формування системи моніторингових показників оцінки є одним із важливих складників в сфері реалізації державної політики надання якісних медичних послуг.

Важливість питання щодо забезпечення надання якісних медичних послуг, активізувала науковий пошук щодо визначення його сутності, у відповідності до теоретичних підходів, сформовано характеристики, котрі дозволять комплексно підійти до визначення якості медичної послуги. Так, якісна медична послуга може бути надана за наступних умов:

- ✓ професійні здібності медичного персоналу, у тому числі: його знання, рівень знань, ефективність організаційного управління, результати роботи обслуговуючого персоналу;

- ✓ доступ до медичних послуг (економічний, територіальний, фізичний), тобто, здатність надавати медичні послуги без обмежень, незалежно від економічних, географічних, соціальних, організаційних, культурних, мовних факторів;

- ✓ медичні результати (надання медичних послуг), що визначаються процесом поліпшення стану пацієнта або досягненням бажаних медичних результатів;

- ✓ міжособистісні відносини в процесі надання медичних послуг: якість взаємодії між надавачами послуг та їх користувачами, наприклад: відносини між керівництвом і персоналом, медичними працівниками та пацієнтами;

- ✓ ефективність лікувальної роботи, яка виражається у формі можливості забезпечення повного обсягу наявних ресурсів. Сучасною проблемою є часта невідповідність між потребою в допомозі та наявними ресурсами для її надання;

- ✓ безперервність надання медичної допомоги, коли пацієнт отримує необхідну медичну допомогу безперервно, безперервно, без необхідного повторного обстеження та лікування;

✓ безпека медичних послуг, її характеристики полягають у відсутності/низькому ризику зараження, виникнення травм, пошкоджень та інших збитків під час надання медичних послуг;

✓ високоорганізоване лікування, яке безпосередньо не пов'язане з клінічними результатами, але позитивно впливає на рівень задоволеності пацієнтів та якість лікування. Комфорт залежить від зовнішнього вигляду та чистоти всіх приміщень, обладнання та персоналу, а також від заходів, вжитих для забезпечення комфорту та зручності пацієнтів [7; с. 57-58].

Підсумовуючі, представлені теоретичні підходи до формування характеристик щодо якості надання медичних послуг, можна зазначити, що медичні послуги мають надаватися якомога результативніше, тобто рівень їх надання має бути максимально наближеним до визначених стандартів, затверджених клінічних протоколів тощо. При цьому повинен дотримуватись баланс між економічними витратами та отриманими результатами; враховуватись вимоги законодавства; забезпечуватись очікування і потреби пацієнтів. Отже, якість медичної допомоги можна розуміти як процес взаємодії між медичним персоналом і пацієнтом, що базується на а) навичках лікаря та його здатності передбачити та зменшити ризик прогресування захворювання пацієнта і розвиток нових патологічних процесів; б) здатність задовольняти потреби та очікування пацієнта щодо якості медичної допомоги; в) краще використання організаційних ресурсів [8, с. 82].

Наявність різних підходів до формування функціональних блоків та складових елементів надання якісних медичних послуг окреслює важливість регламентації даного поняття в сфері реалізації державної політики, з урахуванням затверджених міжнародних стандартів ВООЗ. Розглянемо базові критерії оцінки якості медичної послуги, котрі представлені в таблиці 1.1. Представлені в таблиці 1.1 дані вказують на важливість досягнення ефективності та економічності, як складових надання якісної медичної послуги. Третім за вагомістю є показник доступності, відповідно складники безпеки, рівності та прийнятності займають третю позицію за вагомістю впровадження.

При цьому найменша увагу надана показнику безперервності. Однак в умовах сформованої трирівневої структури надання медичних послуг населенню в Україні, даний показник є не менш важливим ніж попередні

Таблиця 1.1 – Базові критерії якості медичної послуги

Критерії якості	Донате-ліан	Мак свелл	Міністерство охорони здоров'я, Сполучене королівство	Рада Європи, ВООЗ	Інститут медицини	Об'єднана комісія з акредитації сфері охорони здоров'я
Ефективність	+	+	+	+	+	+
Економічність	+	+	+	+	+	+
Доступність	+	+	+	+		+
Безпека	+			+	+	+
Рівність	+	+	+		+	
Прийнятність	+	+		+		+
Вчасність			+		+	+
Реагування		+			+	
Задоволеність				+	+	
Поліпшення здоров'я	+			+		
Безперервність					+	

Джерело: згруповано автором за даними [1; 4; 8]

Важливість підвищення якості медичних послуг є вирішальним фактором для здоров'я країни. Висока якість завжди пов'язана зі збільшенням витрат на охорону здоров'я, тоді як, на думку дослідників [1; 4], існують хороші можливості покращити якість за низьких витрат, особливо завдяки використанню міжнародного досвіду та підвищенню професійних компетентностей медичного персоналу. Цілком обґрунтовано може визначити вагомість впливу кваліфікації медичного персоналу для забезпечення надання якісних медичних послуг. Слід зазначити, що одним із аспектів реалізації державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню є формування характеристик для оцінки рівня якості. Даний показник може бути імплементовано через оцінку діяльності лікувальних закладів шляхом оцінки вхідних ресурсів, таких як спеціальне медичне обладнання, ліки, медичний персонал та існуюча інфраструктура в медичних центрах; а також процесів (характеристика, зміст, форми і параметри взаємодії медичного персоналу з пацієнтами). Для цього використовуються спеціальні методи, такі

як: безпосереднє спостереження; співбесіди з медичними працівниками; бесіди з пацієнтами; аналіз динаміки діаграм прогресування захворювання; аналіз клінічних протоколів.

Якість медичного лікування також можна визначити шляхом встановлення критеріїв якості. Таким критерієм є поєднання двох рівнів: обов'язкового та бажаного. Обов'язкові критерії пов'язані з метою надання медичної допомоги, тобто мінімальним рівнем медичної допомоги, який може бути забезпечено споживачу послуг. На противагу до обов'язкового, бажаний рівень якості, це рівень, який споживачі очікують на основі результатів передової практики охорони здоров'я, який, однак, з практичних міркувань наразі не може бути досягнутий, але доступний у певних лікувальних закладах. Саме бажаний рівень виступає орієнтиром до якого повинні бути покращені послуги в сфері медичної допомоги [9; 10]. Рівень медичної допомоги, який має відповідати певним критеріям якості, можна визначити в розрізі таких рівнів, як мінімальний; базовий та оптимальний та розраховуватись відносному значенні.

Також існує підхід до визначення якісної медичної послуги за такими характеристиками, як належна та неналежна. При цьому належна якість розглядається як забезпечена на відповідному рівні та обсязі, необхідному для певного типу проблеми, з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та можливостей лікувального закладу та медичного персоналу. Неналежна якість лікування має місце тоді, коли неможливо отримати таку допомогу в достатньому для подолання захворювання обсязі з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та можливостей лікувального закладу. Базові характеристика визначення належного та неналежного рівня якості надання медичної послуги представлені на рисунку 1.2. Представлені на рисунку 1.2 чинники впливу визначають новий елемент в порівнянні з попередніми підходами в частині оцінки ризиків захворювання, в частині безпосередньої оцінки стану пацієнта та перебігу хвороби. В даному контексті зауважимо, що Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначає наступні базові складники для вимірювання якості надання медичних послуг:

кваліфікація медичного персоналу; раціональне використання медичних ресурсів; поточний ризик для пацієнта; рівень задоволеності пацієнта співпрацею із певним лікувальним закладом [1, с. 89].

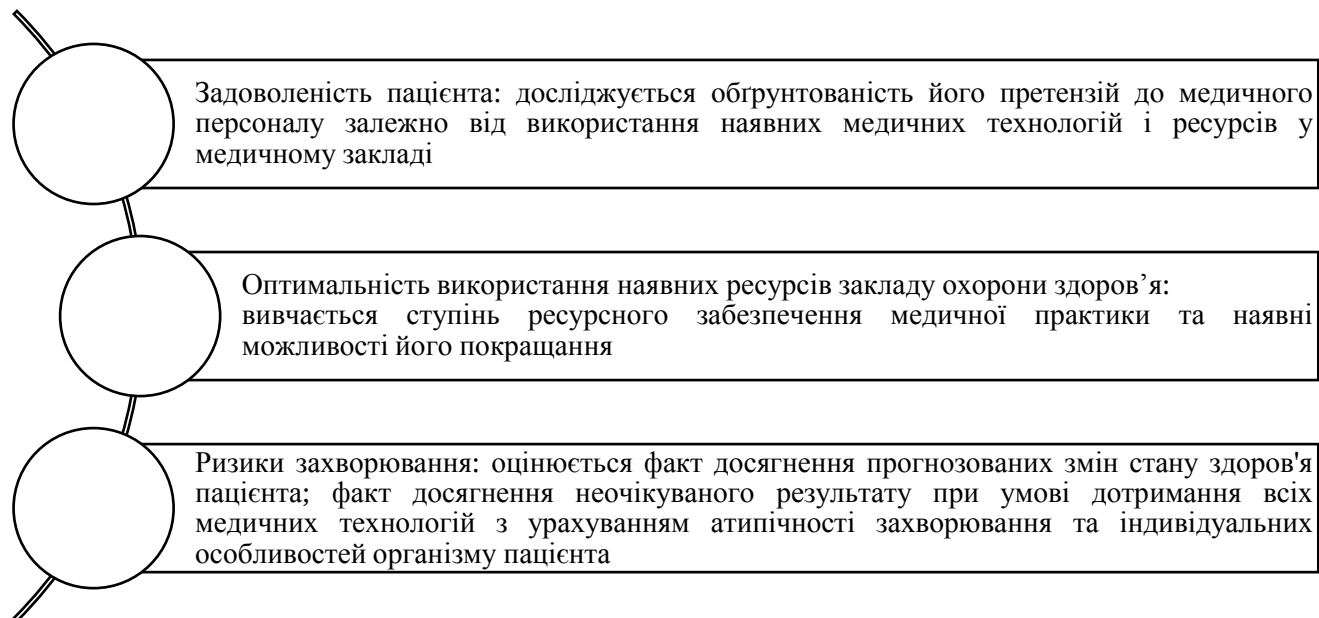


Рисунок 1.2 – Чинники впливу на формування належного рівня якісної медичної послуги

Джерело: згруповано автором за даними [1; 4; 8]

Хоча представлені методики значну увагу приділяють кваліфікаційним характеристикам медичного персоналу та ефективному використанню ресурсів, одна, не менш важлива увага, в питаннях забезпечення надання якісних медичних послуг має приділятися із лікувальним закладам. Як правило, якість медичної допомоги в розрізі лікувальних закладів оцінюють за такими критеріями: доступність медичних послуг; економічність та її ефективність; науково-технічний рівень; рівень технологічності лікування; якість медичного обстеження пацієнта; якість лікувального процесу; рівень якості огляду та профілактики; рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг.

Представлені функціональні характеристики щодо якості надання медичної допомоги окреслюють необхідність визначення рівня задоволеності пацієнтів наданими медичними послугами. Саме тому дана складова має

регламентуватись в сфері реалізації державної політики. Відповідно до Концепції управління якістю медичних послуг у сфері охорони здоров'я України до 2020 року [11] , постійне підвищення якості означає вжиття комплексних заходів, спрямованих на покращення результатів діяльності системи охорони здоров'я в цілому. Регулярно змінювати та вдосконалювати цю систему, враховувати потреби та розумні очікування громадян та запроваджувати систему встановлення міжнародних стандартів надання медичних послуг. Принципи підвищення якості надання медичних послуг, представлені на рисунку 1.3.



Рисунок 1.3 – Принципи державної політики підвищення якості надання медичних послуг

Джерело: [11]

Державна політика якості медичної допомоги має будуватися в рамках керівних принципів Всесвітньої організації охорони здоров'я та враховувати потреби всіх інституцій системи охорони здоров'я, забезпечувати їх належний рівень функціонування, шляхом імплементації ефективних інструментів підтримки.

РОЗДІЛ 2

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ

2.1 Загальна характеристика організації надання медичної допомоги в сфері реалізації державної політики

Проведений аналіз теоретичного підґрунтя забезпечення надання якісних медичних послуг населенню, окреслив наявність різних підходів щодо наповнення змісту даного поняття. За умови відсутності єдиного стандарту в сфері реалізації державної політики до проведення оцінки, необхідним є формування загальної характеристики за такими ключовими напрямками, як: якість медичних послуг, доступність мережі лікувальних закладів, інформатизація в сфері охорони здоров'я. За результатами впровадження реформ в Сумській області сформована мережа самостійних лікувальних закладів, котра представлена на рисунку 2.1.

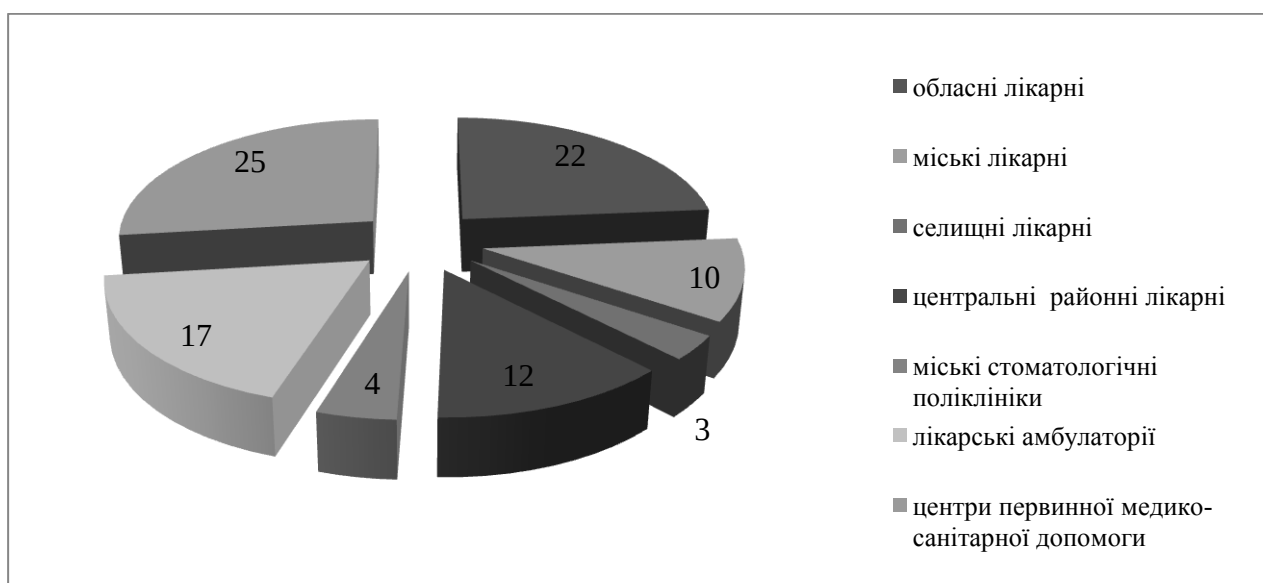


Рисунок 2.1 – Мережа лікувальних закладів Сумської області

Джерело: [12]

Дані представлені на рисунку 2.1 вказують на те, що на території області функціонує 93 лікувальних закладів, серед яких: 22 обласних, 10 міських (м. Суми, м. Глухів, м. Конотоп, м. Тростянець, м. Шостка), 3 селищні лікарні (смт Краснопілля, смт Липова Долина, смт Недригайлів), 12 центральних 25 районних лікарень, 4 міські стоматологічні поліклініки, 17 лікарських амбулаторій, 25 центрів первинної медико-санітарної допомоги. Також у складі центральних районних, міських лікарень, центрів ПМСД та територіальних громад функціонує 167 лікарських амбулаторій та 413 ФАП/ФП/ПЗ.

Дана структура була сформована після проведення оптимізації лікувальних закладів, а саме:

- ✓ створення амбулаторії сімейної медицини у м. Ромни, реорганізації 2 амбулаторій у фельдшерські пункти (В. Писарівський р-н, с. Солдатське; Середино-Будський район, с. Хильчичі); фельдшерський пункт с. Коротченки, Шосткинського району – у пункт здоров'я.

- ✓ закриття 2 амбулаторій (с. Миропілля, Краснопілляський район, амбулаторія № 5 центру ПМСД № 1 м. Суми) та 12 фельдшерських пунктів: с. Мацкове, с. Калюжне, с. Сутиски Глухівського р-ну; с. Барилівка, с. Грунь, с. Велика Пожня, с. Новоолександрівка, Краснопілляського р-ну; с. Посад, Роменського р-ну; с. Червоний Кут, с. Яструбине, Сумського р-ну; с. Гаврилова Слобода, Середино-Будського р-ну; с. Дернове, Тростянецького р-ну.

- ✓ відновлення роботи фельдшерських пунктів с. Печини і с. Станова Тростянецького району, які були тимчасово закриті.

- ✓ приєднання до мережі медичних закладів Тростянецької міської громади 2 ФП Великописарівського району с. Солдатське та с. Крамчанка; КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги Глухівського району» до КНП «Центр первинної медико – санітарної допомоги» Глухівської міської ради.

До комунальної власності територіальних громад передано 9 лікувально-профілактичних закладів у всіх області: КНП «Глухівська міська лікарня», КНП «Краснопілляська лікарня», КНП «Липоводолинська лікарня», КНП «Липоводолинський центр первинної медико-санітарної допомоги», КП

«Кролевецька лікарня», КП «Центр первинної медико-санітарної допомоги», КНП «Недригайлівська лікарня», КНП «Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги», КНП «Великописарівська лікарня». В частині забезпечення надання екстреної медичної допомоги населенню, на території області функціонує Сумський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, у структурі якого 5 станцій, 14 підстанцій та 37 пунктів постійного базування бригад Е(Ш)МД, 21 з яких працює в цілодобовому режимі.

Динаміка зміни кількості закладів, котрі співпрацюють з НСЗУ в Сумській області, вказують на зростання кількості лікувальних закладів, як комунальних, так і приватних, котрі співпрацюють з НСЗУ в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 9 од. та 23 од. відповідно. У складі комунальних закладів, котрі уклали договори з Національної службою здоров'я України увійшли обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення, обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань та Сумська ЦРКЛ. Обсяг фінансування в рамках співпраці з НСЗУ збільшився в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 14,6 млн. гривень, при цьому отримані кошти забезпечили виконання 79,4% та 80,7% бюджету первинної ланки в 2021 р. та 2019 р. відповідно.

Порівняльна характеристика співпраці населення із лікувальними закладами Сумської області та України, представлена в таблиці 2.1. Представлені в таблиці 2.1 дані вказують на більшу динаміку зміни кількості укладених декларацій по Сумській області в порівнянні з показниками по Україні. Так, частка укладених декларацій в 2021 р. в Сумській області становить 93,2% в порівнянні з середнім значенням по Україні, котре склало 82,1%. Протилежною є динаміка щодо середньої кількості декларацій на 1 лікаря, котра в 2021 р. склала 1297 од. та 1345 од. відповідно по Сумській області та Україні. Основою забезпечення надання якісних медичних послуг населенню виступає належна матеріально-технічна бази лікувальних закладів.

Таблиця 2.1 – Стан укладання декларацій в Сумській області та Україні 2019-2021 рр.

Показники	Сумська область			Україна			Відхилення 2021 р. до 2019 р., +/-	
	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.	Сумська область	Україна
Кількість укладених декларацій, тис. од.	842,4	29124,7	897,9	31163,4	897,9	31163,4	106,6	107,0
Середня кількість декларацій на 1 лікаря, осіб	1184,0	1281,0	1263,0	1320,0	1297,0	1345,0	109,5	105,0
Частка населення, що уклала декларації, %	78,0	67,3	84,1	74,0	93,2	82,1	119,5	122,0

Джерело: [13]

Одним із базових чинників, котрі впливають на якість надання медичних послуг є стан інформатизації лікувальних закладів, що безпосередньо залежить від рівня забезпеченості комп'ютерами. Так, лікувальні заклади первинної медико-санітарної допомоги забезпечені комп'ютерною технікою на 82,8%, робочі місця лікарів - на 97,4%. При цьому залишається потреба в 147 одиницях. Потреба в комп'ютерах для лікувальних закладів спеціалізованої медичної допомоги складає 394 одиниці, за період 2019-2021 роки було придбано 950 одиниць, високоспеціалізованої, відповідно, 143 одиниці. Окремо зауважимо, що Інтернетом забезпечено всі заклади охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, 96,2% амбулаторій, проте 46% мають незадовільну швидкість. Заклади охорони здоров'я області використовують різні медичні інформаційні системи, які підключені до центрального компоненту eHealth. Для дотримання вимог НСЗУ в рамках надання екстреної медичної допомоги на території Сумської області функціонують 9 пунктів невідкладної допомоги при амбулаторно-поліклінічних закладах у 6 районах.

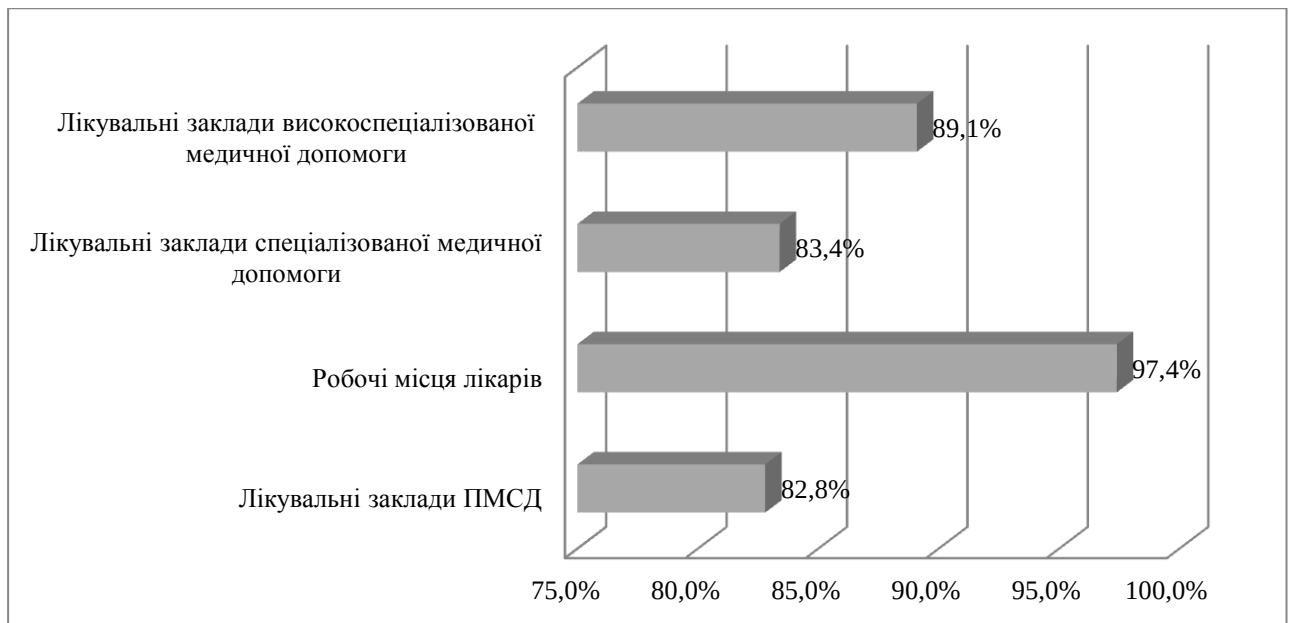


Рисунок 2.2 – Забезпеченість комп'ютерами лікувальних закладів Сумської області, 2022 р.

Джерело: [12]

Невідкладна допомога мешканцям інших районів забезпечується в рамках договорів з центральними районними лікарнями. Згідно з Регіональним планом розвитку системи екстреної медичної допомоги забезпечується діяльність оперативно-диспетчерської служби КНП СОР «Сумський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», котрий приймає виклики від громадян області з усіх мобільних операторів зв'язку та міжміських телефонів. В рамках діяльності оперативно-диспетчерської служби функціонує діагностичний телеметричний кардіологічний кабінет на базі комплексу «ЮНЕТ» з використанням сучасних електрокардіографів «Юкард-100» (87 одиниць), що розподілені на бригади швидкої медичної допомоги районів для забезпечення віддаленої ЕКГ-діагностики у мешканців області.

За результатами аналізу концептуальних засад державної політики надання якісних медичних послуг населенню окреслено важливість проведення ефективної кадрової політики, як на державному та регіональному рівнях, так і в розрізі лікувальних закладів. Одним із аспектів досягнення розвитку в розрізі даного складника є розробка стратегій розвитку кадрового потенціалу на рівні

регіональних управлінь охорони здоров'я, управлінь охорони здоров'я територіальних громад та лікувальних закладів всіх рівнів.

Структура працівників сфери охорони здоров'я Сумської області, представлена на рисунку 2.3.

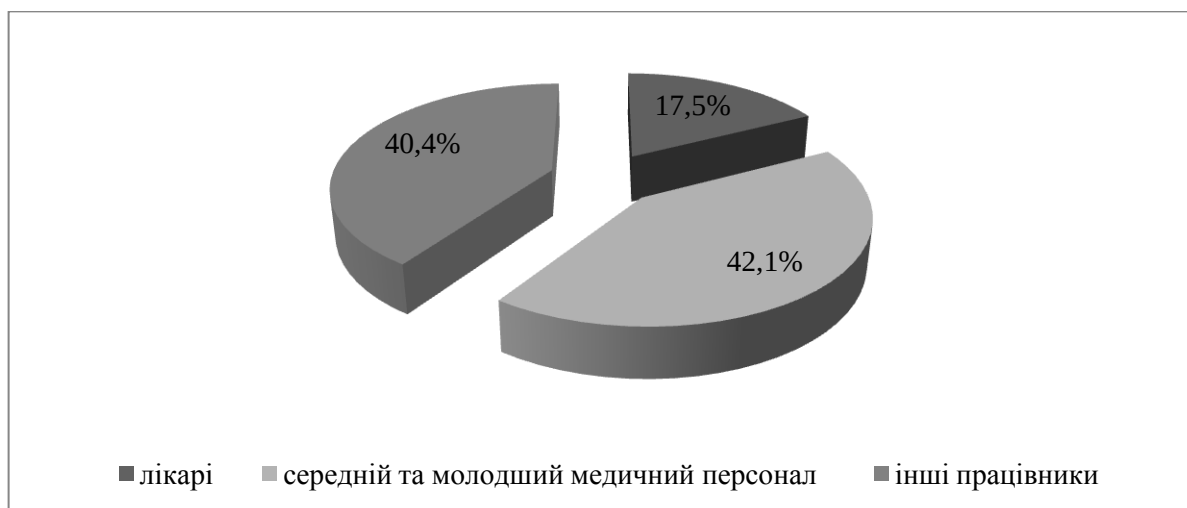


Рисунок 2.3 – Структурне співвідношення працівників лікувальних закладів сфери охорони здоров'я Сумської області, 2021 р.

Джерело: [12]

Структура працівників галузі охорони здоров'я Сумської області станом на 01.01.2022 р. сформована наступним чином: частка лікарів – 17,5%, 40,4% - середній та молодший медичний персонал, інші працівники – 42,1%. Зауважимо, що в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. спостерігається негативна динаміка в частині забезпеченості лікарями на 10,0 тис. населення, котра знизилась з 36,4 од. в 2019 р. до 34,6 од. в 2021 р. Аналогічною є тенденція і в частині забезпеченості середнім та молодшим медичним персоналом, котра характеризується зменшенням з 88,9 од. на 10,0 тис. населення до 82,8 од. Особи пенсійного віку складають серед лікарів 20%, середніх медичних працівників – 5,5% (2019 рік – 21,9% та 7,2% відповідно, 2020 рік – 22,1% та 6,8% відповідно).

Актуальним для Сумської області є питання забезпеченості кадрами в сільській місцевості, адже без лікарів в 2021 р. функціонувало 11 амбулаторій,

без фельдшерів – 38 ФАП/ФП (2020 рік – 8 та 35 відповідно). У 16 амбулаторіях та 40 ФАП/ФП працюють сумісники (2020 рік – 16 та 43 відповідно). Дані свідчать про важливість вирішення питання щодо дефіциту лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу закладів охорони здоров'я в цілому по області, так в 2021 році дефіцит лікарів склав 1610 осіб, що перевищило показник 2020 р. на 5,8%. В розрізі молодшого персоналу з медичною освітою брак кадрів в 2021 р. визначено на рівні 1323 особи, ріст рівня нестачі фахівців в порівнянні з 2020 р. склав 9,1%. В цілому укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами закладів охорони здоров'я всіх типів на 01.01.2022 р. складає 69,6% (2020 р. – 72,6%), у тому числі лікувально-профілактичних закладів – 72,5% (2020 р. – 73,9%), тобто загальну тенденцію показника можна оцінити як стало негативну. Динаміка укомплектованості в розрізі профільних фахівців наведена в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Динаміка стану забезпеченості профільними фахівцями сфери охорони здоров'я Сумської області, 2019-2021 рр.

Фах лікаря	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення, %	
				2021 р. до 2019 р.	2021 р. до 2020 р.
лікарі з лікувальної фізкультури	34,8	48,8	39,0	1,1	0,8
інфекціоністи	73,0	68,4	46,4	0,6	0,7
фтизіатри	65,2	63,8	58,6	0,9	0,9
ендоскопісти	59,0	60,4	60,2	1,0	1,0
нефрологи	61,5	60,7	63,0	1,0	1,0
терапевти, всього	66,4	69,8	64,1	1,0	0,9
педіатри-неонатологи	69,3	67,3	64,3	0,9	1,0
лікарі з функціональної діагностики	58,8	57,4	66,3	1,1	1,2
лікарі-психологи	43,2	62,5	69,0	1,6	1,1
лікарі з ультразвукової діагностики	71,6	68,3	69,8	1,0	1,0

Джерело: [12]

Представлені в таблиці 2.2 дані вказують на дефіцит фахівців в розрізі таких спеціальностей, як: лікарі з лікувальної фізкультури, інфекціоністи, фтизіатри, ендоскопісти, нефрологи, терапевти, педіатри-неонатологи, лікарі з

функціональної діагностики, лікарі-психологи, лікарі з ультразвукової діагностики. Найбільша динаміка протягом досліджуваного періоду спостерігається щодо укомплектованості лікарів інфекціоністів, потреба в яких значно збільшилась, починаючи з 2019 р., що є цілком обґрунтованих в умовах пандемії COVID – 19. Надання первинної медичної допомоги є одним із базових складників державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню. Розглянемо стан забезпеченості кадрами лікувальних закладів первинної медичної допомоги, котра представлена в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Динаміка забезпеченості кадрами закладів охорони здоров'я первинної медичної допомоги Сумської області, 2019-2021 р.

Посади/фізичні особи	Всього лікарів		у т.ч.:						Відхилення, 2021 р. до 2019 р., %
			лікарі загальної практики - сімейні лікарі		лікарі - педіатри		лікарі - терапевти		
	2019 р.	2021р.	2019 р.	2021 р.	2019 р.	2021 р.	2019 р.	2021р.	
штатні	850,0	834,0	575,0	564,25	193,5	192,5	81,5	77,3	98,1
зайняті	689,3	673,0	461,8	449,5	163,8	163,8	63,8	59,8	97,6
фізичні особи	651	636	441	426	155	156	55	54	97,7
Рівень укомплектованості штатних посад фізичними особами, %	76,6	76,3	76,7	75,5	80,1	81,0	67,5	69,9	99,6

Джерело: [12]

Представлені в таблиці 2.3 дані підтверджують важливість розробки комплексу заходів для підвищення рівня укомплектованості лікувальних закладів первинної медичної допомоги. Досягнення прогресу в сфері надання якісних медичних послуг не можливо без кваліфікованих медичних працівників, саме тому важливим є проведення оцінки кваліфікації медичних працівників та запровадження комплексу заходів щодо їх підвищення. Так, за підсумками 2021 р., атестаційними комісіями було проатестовано на присвоєно (підтверджено) кваліфікаційні категорії 721 лікарю та 1613 молодшим спеціалістам з медичною освітою, в порівнянні з 2020 р. кількість проатестованих працівників збільшилась на 7,7% та 9,5% відповідно. Одним із

показників, котрі впливають на якість надання медичних послуг є рівень атестації медичних працівників. Так, за підсумками 2020 р. Сумська область є одним із лідерів, адже рівень атестованих лікарів, яким присвоєно атестаційну категорію складає 78,6% до загальної кількості працюючих лікарів. При цьому зауважимо, що даний показник дещо збільшився в порівнянні з 2020 р. на 3,0%. Аналогічною є тенденція щодо молодших спеціалістів з медичною освітою, котрим присвоєна атестаційна категорія, частка яких в 2021 р. склала 77,7% від загальної кількості працюючих, зростання в порівнянні до попереднього року 1,6%.

Динаміка структури кваліфікаційних медичних кадрів лікувальних закладів Сумської області представлена на рисунку 2.4.

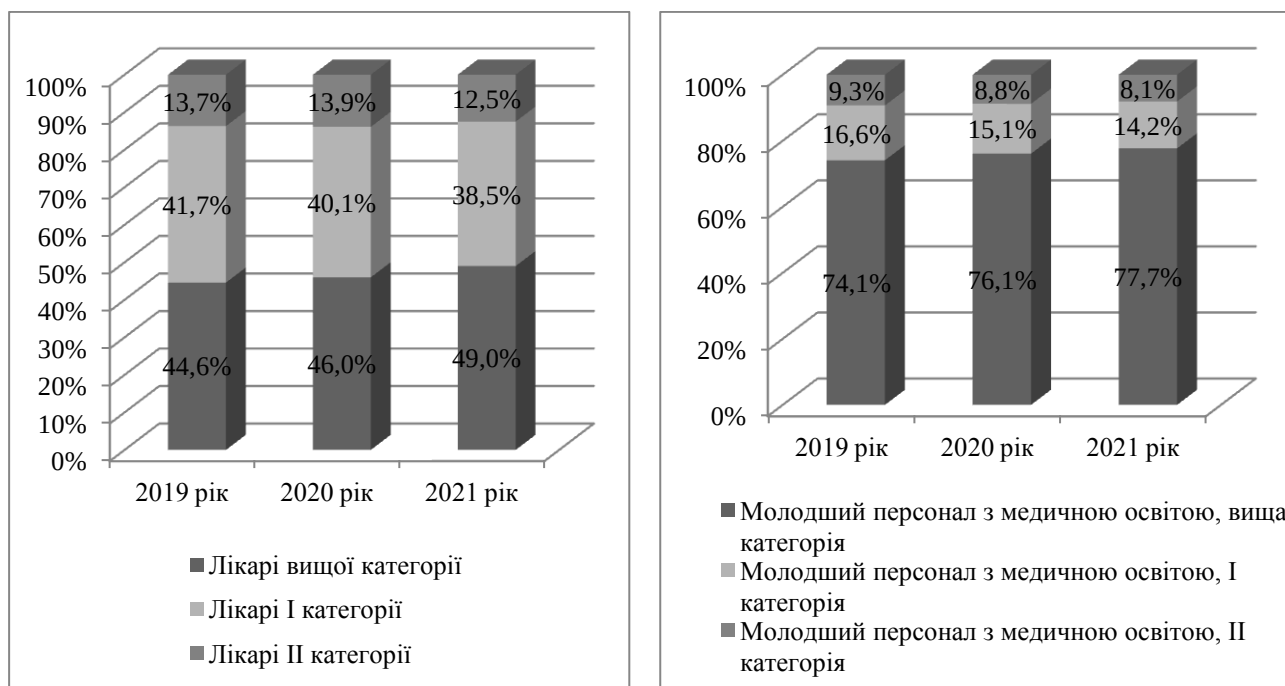


Рисунок 2.4 - Динаміка структури кваліфікаційних медичних кадрів лікувальних закладів Сумської області, 2019-2021 рр.

Джерело: [12]

Представлені на рисунку 2.4 дані, вказують, що найбільшою протягом досліджуваного періоду була частка лікарів з вищою кваліфікаційною категорією. Позитивною є динаміка зростання частки лікарів з вищою категорією в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 1,6%. Найменшою є частка лікарів, котрі

мають II категорія, котра в загальній структурі в 2021 р. склала 12,5%, що є меншим за показник 2019 р. на 1,2%. Дана тенденція вказує на важливість впровадження мотиваційних заходів орієнтованих на підвищення атестаційних категорій, як лікарів, так і молодших спеціалістів з медичної освіти. Також проведений аналіз визначив наявність низки проблемних питань, головним з яких є незабезпеченість лікувальних закладів медичними кадрами, як лікарями, так і молодшим медичним персоналом в сільській місцевості. Враховуючи, сучасний стан впровадження реформ в сфері охорони здоров'я, важливим є досягнення стовідсоткового значення показників щодо забезпечення комп'ютерною технікою лікувальних закладів та лікарів.

2.2 Оцінка результативності реалізації державної політики щодо доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я

Управлінський вплив держави на реформування системи надання медичних послуг населенню реалізується шляхом використання повноважень виконавчої влади. Для проведення оцінки результативності державної політики надання якісних медичних послуг населенню може бути використана низка показників, визначених Постановою Кабінету Міністрів України [14] в розрізі п'яти груп оціночних індикаторів, котрі характеризують різні сфери системи охорони здоров'я:

- I. Стан здоров'я населення;
- II. Профілактична робота;
- III. Доступність та якість медичної допомоги;
- IV. Впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги;
- V. Ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я.

Незадовільні показники стану здоров'я населення за даними загальної та дитячої смертності, а також захворюваності в Україні в порівнянні з державами Західної Європи та Північної Америки і збільшення розриву в динаміці цих показників характеризують низьку якість медичних послуг, що надаються

населенню та мінімальну можливість користувачів впливати на цей процес, використовуючи легальні механізми. Розглянемо динаміку показників стану здоров'я населення Сумської області за період 2019-2021 рр., котрі представлено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 - Динаміка показників стану здоров'я населення Сумської області, 2019-2021 рр.

Показники стану здоров'я населення	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2019 р., %
Динаміка смертності немовлят (на 1000 народжених живими)	5,9	8,4	7,2	122,0
Материнська смертність на 100 тис. народжених живими	2,3	0,0	0,0	0,0
Рівень первинної інвалідності працездатного віку (на 10000 працездатного населення)	45,5	45,1	44,8	98,5
Рівень первинної інвалідності дитячого населення (на 10000 дитячого населення)	21,3	20,9	19,3	90,6
Кількість пологів (абсолютне значення)	7325,0	7925,0	7845,0	107,1

Джерело: згруповано автором за даними [12]

Представлені в таблиці 2.1. показники, котрі характеризують стан здоров'я населення, свідчать про зростання смертності немовлят в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 22,0%, а в порівнянні з 2020 р. зменшилась на 14,3%. При цьому протягом 2020-2021 рр. відсутні випадки материнської смерті, котра в 2019 р. склала 13,9 осіб на 100,0 тис. народжених живими. Показники оцінки рівня первинної інвалідності, як населення працездатного віку, так і дитячого населення за період 2019-2021 рр. характеризують незначною варіаційною розбіжністю. Так, в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. відбулось скорочення рівня первинної інвалідності працездатного віку та дитячого населення на 1,5% та 9,4% відповідно. Також слід відмітити позитивну динаміку в частині зростання кількості пологів в 2021 р. в порівнянні з 2016 р. на 7,1%.

Оцінюючи другу групу показників, котрі лежать в сфері реалізації державної політики надання якісних медичних послуг населенню, розглянемо

показники профілактичної роботи по Сумській області, котрі представлені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Динаміка показників профілактичної роботи по Сумській області, 2019-2021 рр.

Показники профілактичної роботи	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2019 р., %
Своєчасність проведення первинного вакцинального комплексу дітям до 1 року (%)	75,3	49,0	57,6	76,5
Охоплення туберкулін діагностикою дитячого населення (на 1000 дітей, що підлягали туберкулін діагностиці)	715,3	724,4	742,8	103,8
Охоплення новороджених вакцинацією БЦЖ в пологовому будинку (на 100 народжених живими)	88,7	88,9	89,2	100,6
Охоплення 2-х разовим ультразвуковим скринінгом вагітних у термін до 22 тижнів (в %)	99,8	99,9	99,9	100,1
Охоплення обстеженням на ВІЛ-інфекцію вагітних жінок (в %)	99,8	99,9	99,9	100,1
Захворюваність на алкогольні психози (на 100 тис. населення)	2,3	2,3	2,2	95,7

Джерело: згруповано автором за даними [12]

Дані, представлені в таблиці 2.5, формують групу оціночних індикаторів, котрі дозволяють провести оцінку результативності політики в сфері профілактичної роботи. Так, за результатами аналізу визначено, що своєчасність проведення первинного вакцинального комплексу дітям до 1 року знизилась на 23,5% в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. В умовах пандемії COVID 19 дана динаміка є цілком обґрунтованою, проте зниження даних показників в середньостроковій перспективі може зумовити зростання кількості спалахів епідеміологічних захворювань. В частині роботи з профілактикою туберкульозу окреслено незначне зниження показника охоплення туберкулінодіагностикою дитячого населення в 2021 р. в порівнянні з 2019 р., що склало 3,8%.

В частині охоплення 2-х разовим ультразвуковим скринінгом вагітних у термін до 22 тижнів та охоплення обстеженням на ВІЛ-інфекцію вагітних жінок по Сумській області визначено незначну позитивну динаміку в 2021 р. в

порівнянні з 2019 р. В цілому даний показник досягає майже стовідсоткового значення, що вказує на результативність реалізації державної політики в сфері проведення профілактичної роботи по роботі з вагітними. В частині оцінки захворюваності на алкогольні психози встановлено динаміку скорочення досліджуваного показника в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 4,3%, що вказує на актуальність зміни підходів щодо здорового способу життя. Досягнення позитивної динаміки в розрізі зазначених показників забезпечить підвищення якості надання медичних послуг. В рамках оцінки стану реалізації державної політики забезпечення надання доступних та якісних медичних послуг в Сумській області було розглянуто низку показників, котрі представлено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Динаміка показників доступності та якості медичної допомоги Сумська область, 2019-2021 рр.

Показники доступності та якості медичної допомоги	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2019 р., %
Післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології (в%)	0,4	0,5	0,5	125,0
Дорічна летальність серед первинно виявлених онкохворих (в%)	22,5	23,8	23,4	104,0
Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань, в %)	3,3	3,3	3,2	97,0
Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії (в %)	10,4	10,4	10,3	99,0
Смертність від туберкульозу (на 100 тис. населення)	10,4	10,4	10,4	100,0
Питома вага бактеріовиділювачів серед вперше виявлених хворих на туберкульоз (в %, інформативний показник)	73,7	74,0	73,5	99,7
Частота черепно-мозкових, спінальних травм у новонароджених (на 10000 народжених живими, інформативний)	0	0	0	0,0

Джерело: [41]

Реалізація заходів щодо підтримки здоров'я населення та проведення профілактичної роботи є базовими елементами системи державної політики

надання якісних медичних послуг населенню. Проте, слід зазначити, що до складу основних елементів також відносяться такі індикатори, як: доступність та якість медичної допомоги, впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги та ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я. Представлені в таблиці 2.6 дані вказують на те, що післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології збільшилась в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 25,0%. Динаміка дорічної летальності серед первинно виявлених онкохворих, також характеризується тенденцією до зростання протягом аналізованого періоду, котра склала 4,0%. В якості позитивного аспекту слід відмітити наявність динаміки зменшення питомої ваги злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми захворювань, в %) та в IV стадії (в %) на 3,0% та 1,0% відповідно в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. Відсутні зміни протягом аналізованого періоду кількості смертельних випадків від туберкульозу (на 100 тис. населення). Показник питомої ваги бактеріовиділювачів серед вперше виявлених хворих на туберкульоз (в %, інформативний показник) зменшився в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 0,3%. Позитивним є відсутність випадків черепно-мозкових, спінальних травм у новонароджених (на 10000 народжених живими, інформативний) протягом досліджуваного періоду.

Таблиця 2.7 – Динаміка показників впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги в Сумській області, 2019-2021 рр.

Показники	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2019 р., %
Забезпечення населення ліжками в денних стаціонарах (на 10000 населення)	18,5	17,9	17,6	95,1
Проліковано хворих в денних стаціонарах поліклінік (на 10000 населення)	620,5	613,5	608,9	98,1
Кількість посад сімейних лікарів (на 10000 населення)	4,2	4,1	4,1	97,6
Укомплектованість фізичними особами штатних посад сімейних лікарів (в%)	76,5	76,4	76,3	99,7

Джерело: згруповано автором за даними [12]

Продовжуючи огляд результативності реалізації державної політики доцільно розглянути перелік показників, котрі характеризують динаміку впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги, котрі представлені в таблиці 2.7. В цілому досліджувані показники, представлені в таблиці 2.7, не зазнали кардинальних змін, зокрема, відбулось не значне зменшення кількості посад сімейних лікарів на 10000 населення, рівень забезпеченості якими, в Сумській області, зменшилась в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 1,9%.

Також встановлено незначну динаміку щодо укомплектованості фізичними особами штатних посад сімейних лікарів, котра характеризується зменшенням на 0,3% в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. Одним із складників, котрий характеризує результативність державної політики надання якісних медичних послуг є ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я. Динаміка зміни показників даної групи по Сумській області представлена в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8– Динаміка ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я Сумської області, 2019-2021 рр.

Показники доступності та якості медичної допомоги	2019 рік	2020 рік	2021 рік	Відхилення 2021 р. до 2019 р., %
Коефіцієнт співвідношення кількості посад лікарів до посад медичних сестер	0,66	0,66	0,66	100,0
Питома вага атестованих лікарів від тих, хто підлягав атестації, на кінець звітнього періоду (%)	100,0	100,0	100,0	100,0
Питома вага атестованих середніх медичних працівників від тих, хто підлягав атестації, на кінець звітнього періоду (%)	100	100	100,0	100,0
Забезпеченість населення стаціонарними ліжками (на 10000 населення) (оптимальна - 80 ліжок на 10 000 населення)	79,4	79,6	79,8	100,5
Кількість днів роботи ліжка (в днях) (оптимальна – 340 днів)	320,6	332,5	325,8	101,6

Джерело: [41]

Проведений аналіз в розрізі всіх груп показників засвідчив про наявність динаміки між показниками 2020-2021 рр. в порівнянні з 2019 р., що підтверджує активність процесів реформування сфери охорони здоров'я та запровадження нових інструментів. Отримані результати дослідження вказують на важливість регламентації стратегічних орієнтирів розвитку на рівні держави, при цьому повинна бути впроваджена практика розширення управлінських повноважень на регіональному рівні. В цілому проведений аналіз доступності та якості медичної допомоги як складової частини державної політики реалізації моделі пацієнт орієнтованого управління, визначив наявність різновекторних тенденцій, котрі потребують додаткової регламентації.

2.3 Оцінка результативності реалізації державної політики пацієнт орієнтованого надання медичних послуг населенню

Одним із факторів, що безпосередньо впливають на якість надання медичних послуг населенню є кількість відкритих пакетів медичних послуг в рамках співпраці з НСЗУ. В 2021 р. в Сумській області було надано 10041 амбулаторну послугу та 7147 наданих стаціонарних послуг, що у відсотковому вимірі забезпечило наступний розподіл (рисунок 2.5).

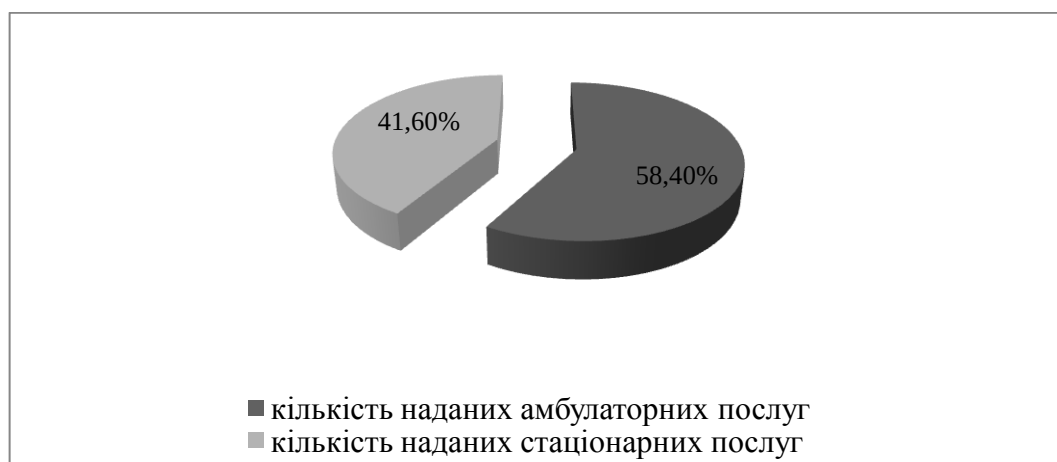


Рисунок 2.5 – Структура надання амбулаторних та стаціонарних послуг населенню Сумської області в рамках співпраці з НСЗУ, 2021 р.

Джерело: [15]

Окреслена динаміка визначила, що переважну частку в Сумській області в 2021 р. складають амбулаторні послуги, частка - 58,4%, відповідно частка стаціонарних послуг склала 41,6%. Детальна характеристика амбулаторних та стаціонарних послуг, представлено в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9 – Характеристика амбулаторних та стаціонарних послуг наданих населенню Сумської області, 2021 р.

Групи послуг	Надавачів	Випадків	Оплачено
Амбулаторні послуги	17	10041	5364537
Бронхоскопія	4	505	558733
Гістероскопія	7	168	385946
Езофагогастродуоденоскопія	12	2670	2189309
Колоноскопія	8	906	977098
Мамографія	9	5681	1159606
Цистоскопія	4	111	93845
Стаціонарні послуги	14	7147	113844410
Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках	3	722	22457639
Медична допомога при гострому інфаркті міокарда	2	366	8959969
Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах	7	2011	49492153
Медична допомога при пологах	9	4048	32934649
Всього:	23	17188	119208947

Джерело: [13]

Представлена в таблиці 2.9 характеристика медичних послуг в розрізі амбулаторної та стаціонарної допомоги свідчить, що в розрізі амбулаторних послуг найбільшою є кількість послуг по мамографії езофагогастродуоденоскопії, котрі надавались 9 та 12 надавачами відповідно. В розрізі стаціонарної допомоги найбільше було надано послуг з медичної допомоги при пологах, а саме 4048 випадків, 7 надавачами послуг. На другому місці за кількістю випадків медичної допомоги при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах, а саме 2011. Визначена динаміка, в цілому окреслює загальнонаціональні тенденції. Враховуючи впроваджені зміни в частині функціонування галузі охорони здоров'я важливим є розширення напрямів співпраці з НСЗУ.

Одним із комплексних індикаторів, котрий характеризує стан соціально-економічного розвитку регіону є показники доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я, котрі затверджені Постановою Кабінету Міністрів України від 21.10.2015 № 856. Визначені показники Сумської області за період 2019-2021 р., представлено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10 – Динаміка показників доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я Сумської області, 2019-2021 рр.

Показник	2019 р.	2020 р.	2021 р.	Відхилення 2021 р. до 2019 р.
Загальний коефіцієнт смертності на 1000 наявного населення	16,4	16,2	17,5	1,1
Середня очікувана тривалість життя при народженні, років	72,3	72,4	72,4	0,1
Кількість живо народжених на 1000 наявного населення	6,5	6,0	5,7	-0,8
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів на 10,0 тис. населення, тис. відвідувань за зміну	246,7	248,1	243,2	-3,5
Кількість хворих з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу на 100,0 тис. населення, осіб	55,1	49,9	32,9	-22,2

Джерело: [12]

Представлені в таблиці 2.10 дані свідчать про зростання загального коефіцієнту смертності на 1000 наявного населення в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 1,1. В 2021 р. в порівнянні з 2019 р. в Сумській області встановлено зниження кількості новонароджених на 1000 наявного населення з 6,5 до 5,7. Позитивною є динаміка щодо зниження захворюваності на туберкульоз у порівнянні з 2019 роком у 1,5 рази – з 49,9 до 32,9 на 100 тис. населення (по Україні у 2020 році – 34,3).

Протягом 2021 р. в області вперше виявлено 351 хворого на туберкульоз (2019 р. – 602; 2020 р. – 538). На сьогодні понад 80% усіх смертей в Україні зумовлені серцево-судинними захворюваннями, цукровим діабетом, раком, хронічними обструктивними захворюваннями легень і розладами психічного

здоров'я. Саме тому профілактика й раннє діагностування є одним із ключових аспектів у трансформації системи охорони здоров'я в Україні.

Міністерство охорони здоров'я України вже почало впроваджувати заходи із профілактики хвороб, що викликані не інфекціями, а способом життя та умовами навколишнього середовища (тютюнокуріння, вживання алкоголю, нездорового харчування, недостатньої фізичної активності тощо). Отже, активізація профілактичного напрямку є одним із найбільш перспективних напрямів у Програмі реформ медичної сфери. В рамках реалізації проекту щодо розрахунку індексу здоров'я, було проведено низку опитувань, як в розрізі областей, так і в цілому по Україні, результати якого можуть бути використані в якості основи для удосконалення державної політики надання якісних медичних послуг населенню.

Окрім структурно-функціональних перетворень надання медичної допомоги, важливим аспектом реформи є формування у населення України відповідального ставлення до свого здоров'я, яке значною мірою залежить від власної поведінки: перехід на здорове харчування, відмова від шкідливих звичок, вчасне звернення до лікаря й дотримання його рекомендацій замість самолікування, проходження профілактичних оглядів, вакцинація тощо. Підвищення ефективності профілактики захворювань, забезпечення їх раннього виявлення та лікування сприятиме значному поліпшенню якості життя і здоров'я населення України. Результати самооцінювання стану здоров'я наведено на рисунку 2.6.

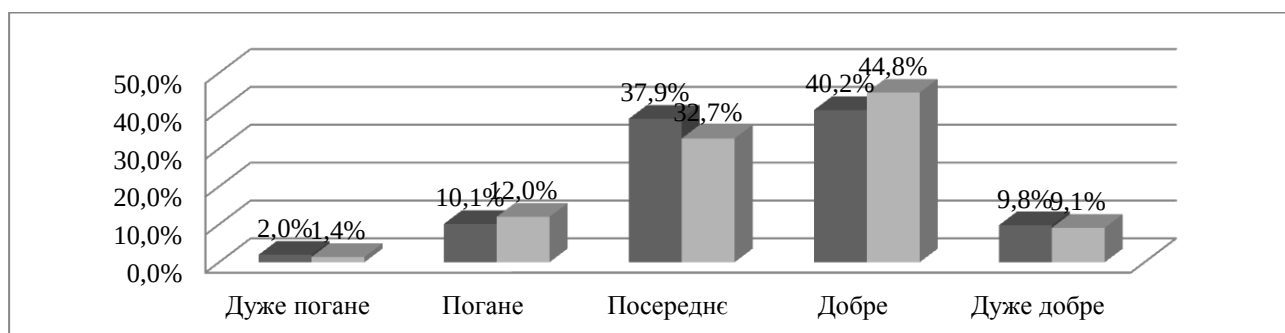


Рисунок 2.6 – Результати самооцінюванням стану здоров'я, Сумська область та Україна, 2021 р.

Джерело: [15]

Чоловіки традиційно оцінюють стан свого здоров'я дещо краще – 58,1% позитивних оцінок порівняно з 43,3% серед жінок. Водночас жінки частіше схильні називати своє здоров'я посереднім (42,1% проти 32,8% серед чоловіків) або поганим (14,5% проти 9,1% серед чоловіків). Очікувано, оцінювання стану здоров'я пов'язані з віком: позитивні оцінки дали 82,9% в групі 18–29 років, 69,5 – 30–44 роки, 42,7 – 45–59 років та 16,9% – 60 років і старші. Навпаки, поганим своє здоров'я назвали 28,8% у найстаршій групі 60+, 10,3% – серед 45–59-літніх, 3,5% – серед 30–44-літніх та 1,3% – у групі віком до 30 років.

За самооцінюванням стану здоров'я виділяється група найменш освічених респондентів – ті, що не мають повної середньої освіти, – 36,2% з них назвали своє здоров'я поганим і лише 15,4% – добрим, тоді як в інших освітніх групах відсоток негативних оцінок не перевищує 16%, а відсоток позитивних оцінок не менший за 41%. Проте ця група представлена переважно респондентами найстаршої вікової категорії. Між міськими й сільськими мешканцями не помічено істотних відмінностей у поглядах на власне здоров'я. Загалом оцінки українцями власного здоров'я з часом дещо поліпшуються. Порівняно з попередніми роками частка тих, хто вважає своє здоров'я добрим або дуже добрим, неістотно зросла – до 50,0% при 48,4% у 2020 р. та 46,6% у 2019 р. Окрім того, зростає середнє значення цієї оцінки за п'ятибальною шкалою – від 3,34 бала у 2018 р. до 3,37 бала у 2019 р., 3,41 бала у 2020 р. та 3,46 бала у 2021 р.

Результати опитування показують, що самолікування є найпоширенішою практикою населення в разі хвороби, до нього вдається майже половина (45,4%) опитаних дорослих: 31,7% віддають перевагу самостійному фармакологічному лікуванню, ще 13,7% лікуються за допомогою народних засобів. Звернення до медичного працівника є типовою поведінкою в разі хвороби для більш ніж третини населення (37,4%): 27,0% звертаються до сімейного/дільничного лікаря, 3,7% звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста, 2,6% мають лікарів серед родичів, друзів чи знайомих, 2,9% викликають швидку допомогу, а 1,2% звертаються одразу до стаціонару.

Водночас 9,4% респондентів вказали, що їхнє рішення щодо подальшого лікування, як правило, залежить від симптомів.

Таблиця 2.11 – Характеристика структури щодо дій громадян в разі хвороби, Сумська область та Україна, %

Перелік дій громадян в разі хвороби	Україна	Сумська область
Самостійно лікуються народними засобами без ліків, %	13,7	9,6
Самостійно лікуються за допомогою ліків, %	31,7	37,6
Просять поради у провізора / фармацевта в аптеці, %	5,4	9,3
Викликають швидку допомогу, %	2,9	2,3
Звертаються до сімейного лікаря / дільничного терапевта, %	27,0	26,9
Звертаються безпосередньо до вузького спеціаліста амбулаторії чи поліклініки, %	3,7	4,8
Звертаються безпосередньо до спеціаліста стаціонару, %	1,2	0,9
Звертаються до фахівців нетрадиційної медицини, %	0,4	0,9
Радяться з лікарями, які є їхніми родичами, друзями, знайомими, %	2,6	1,2
Шукають в Інтернеті спосіб лікування хвороб за схожими симптомами, %	0,8	2,1
Вдаються до інших дій, %	0,1	0,0
Нічого не роблять, %	1,0	0,0
Залежить від симптомів, %	9,4	4,4

Джерело: [15]

Порівняно з результатами попередніх років спостерігається поступове зростання частки тих, хто в разі захворювання звертається по допомогу до медичного працівника (з 29,0% у 2019 р. до 33,8% у 2020 р. та 37,4% у 2021 р.), хоча сумарна частка прихильників самолікування при цьому значуще не змінилася (близько 45–47%). Водночас у групі респондентів, які віддають перевагу самолікуванню, частка тих, хто лікується з допомогою лікарських засобів, не змінилася за рік (31,6% у 2020 р. порівняно із 31,7% у 2021 р.), а частка тих, хто покладається на методи народної медицини, продовжує скорочуватися (19,4% у 2019 р., 15,5% у 2020 р. і 13,7% у 2021 р.). Продовжується зростання звернень по допомогу до медичних працівників за рахунок почастищення візитів до сімейного/дільничного лікаря (18,6% у 2019 р., 23,1% у 2020 р. і 27,0% у 2021 р.).

Встановлені відмінності в поведінці в разі хвороби за соціально-демографічними групами. Найбільше вдаються до самолікування люди у віці 60 років і старші (49,7%), з нижчою за загальну середню освіту (49,7%), з повною загальною середньою (49,0%) та професійно-технічною освітою (47,5%). Молодь рідше обирає стратегію самолікування (40,2% у групі віком 18–29 років). Відчутно частіше звітують про свої звернення до медичних працівників у разі хвороби жінки (у 2018 р. – 31,0%, у 2019 р. – 36,8%, у 2020 р. – 40,1%) й особи з повною вищою освітою. Натомість значно менше зафіксовано звернень по професійну медичну допомогу з боку чоловіків (45,3% у 2018 р., 48,2% у 2019 р., 34,1% у 2020 р.). Серед позитивних змін варто відзначити зменшення самолікування серед осіб з найбільш вразливих сімей і зростання звернень до медичних працівників, переважно сімейного лікаря або дільничного терапевта.

Жителів міста частіше спиняють великі черги до лікаря, а для сільських мешканців вагомою перешкодою є відсутність транспортного сполучення. Мешканці сільської місцевості частіше чекають на поліпшення без лікарської допомоги порівняно з містянами. Висока вартість лікування, очікувано, є найгострішим питанням для найбільш соціально вразливих категорій населення: старших вікових груп та людей із низьким доходом (таблиця 2.12).

Таблиця 2.12 – Частки показників, що негативно впливають на звернення до лікаря, Сумська область та Україна, 2021 р.

Показники	Україна	Сумська область
Занадто дорого (послуги, ліки, транспорт), %	17,7	4,7
Не довіряю медичному персоналу, їхній кваліфікації, %	17,5	19,9
Погане ставлення персоналу, грубість, хамство, %	6,0	23,3
Великі черги у лікарнях, %	18,0	24,2
Немає транспортного сполучення, %	4,8	14,0
Знають, як лікувати, з попереднього досвіду, %	47,7	43,4
Не знають, до кого звернутися, %	2,7	12,5
Очікували, що хвороба пройде сама, не сильно турбувала, %	29,3	3,9
Інші причини, %	0,9	0

Джерело: [15]

Частіше звертаються до медичного працівника в разі нездужання жінки (65,9%), аніж чоловіки (59,8%), а також респонденти старших вікових груп:

66,1% опитаних віком 60 років і старших проти 58,3% 18–29-літніх, котрі впродовж останнього року хворіли. Розбіжності у зверненні до лікаря серед мешканців сільської та міської місцевості відсутні. Найпоширенішою причиною, чому населення України не звертається по фахову медичну допомогу в разі хвороби, було те, що в більшості випадків вони мали знайомі симптоми хвороб, які вже раніше доводилося лікувати (47,7%); 29,3% опитаних сподівалися на те, що хвороба мине й без медичної допомоги; 18,0% спинили великі черги до лікаря, а 17,7% завадило очікування високої вартості лікування. Ще 17,5% не звернулися по допомогу через недовіру до медичних працівників. Незмінною залишається вагомість вартості лікування як перешкоди для звернення до лікаря 17,7% у 2020 р. Проведений аналіз в цілому позитивно характеризує динаміку змін в сфері державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню. Однак є низка проблемних питань в частині відсутності єдиного підходу до показників оцінки.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НАСЕЛЕННЮ

3.1 Формування системи показників оцінки якості надання медичних послуг населенню в рамках діючої державної політики

Формування системи показників оцінки якості надання медичних послуг населенню є одним із пріоритетних векторів реформування системи охорони здоров'я. Відсутність затвердженої методики щодо її оцінки, ускладнює даний процес, як в контексті оцінки професійної діяльності лікарів, так і щодо оцінки діяльності лікувальних закладів. Так, якість може бути розглянута, як коректне надання медичних послуг, розвиток людського потенціалу та ефективне використання медичного обладнання й інших ресурсів для швидкого одужання пацієнта [16]. З іншого боку дане поняття використовують як обов'язковий принцип нової моделі фінансування, де ефективність, це максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість та доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів [17]. З якої позиції не розглядався б даний принцип, якість надання медичних послуг населенню потребує формування системи оціночних характеристик.

Проведений аналіз результативності державної політики щодо якості надання медичних послуг населенню засвідчив про наявність низки проблемних питань в частині погіршення стану демографічних показників, неготовності лікувальних закладів до роботи в умовах реформування системи охорони здоров'я через недосконалість матеріально-технічного, інформаційного, фінансово-економічного та кадрового забезпечення, відсутності рівного доступу до якісних медичних послуг. При цьому ключовою

проблемою є відсутність єдиної системи моніторингових показників, орієнтованої на аналіз прогресу в розрізі всіх досліджуваних складників. Алгоритм дій, необхідних для розробки моніторингових показників ефективності надання медичних послуг населенню, представлено на рисунку 3.1.

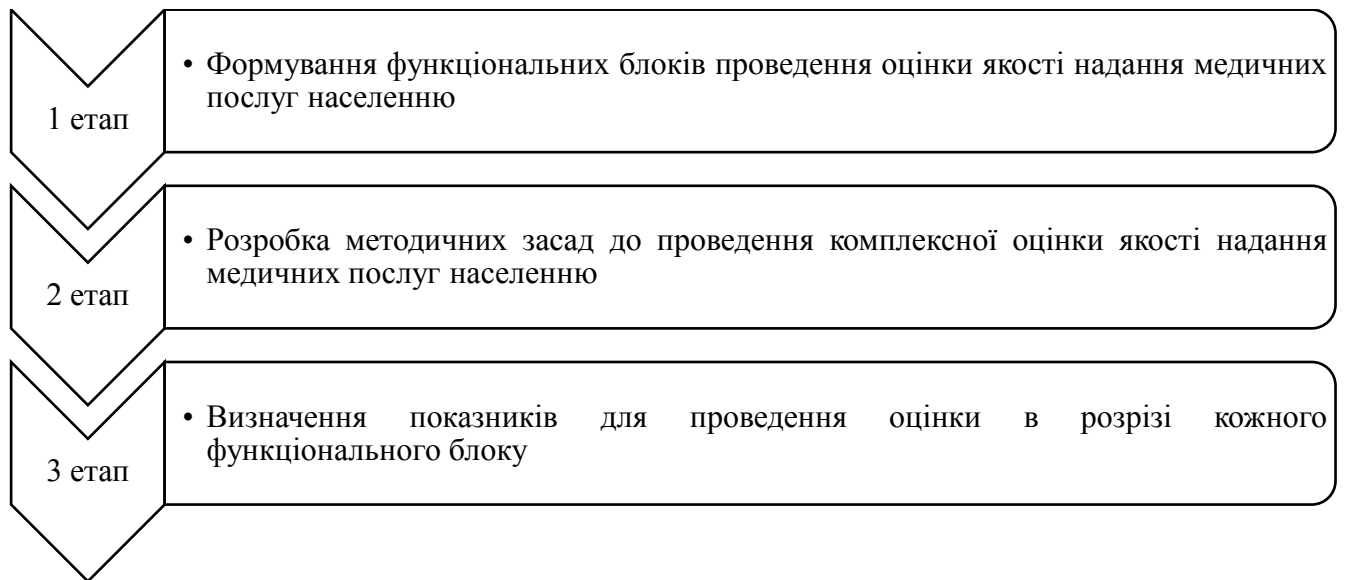


Рисунок 3.1 – Алгоритм формування системи показників оцінки якості надання медичних послуг населенню

Джерело: згруповано автором за даними [18]

Виходячи з даних, представлених на рисунку 3.1 в рамках реалізації першого етапу необхідним є формування функціональних блоків проведення оцінки. В рамках реалізації даного етапу запропоновано в якості основи обрати такі блоки, як: доступність; відповідність; результативність; безпека та чутливість (рисунок 3.2). Так, показники функціонального блоку доступність передбачають оцінку доступу пацієнтів до отримання медичних послуг. В розрізі другого функціонального блоку – відповідність, передбачено проведення оцінки безпосередньо якості медичної послуги. Третім функціональним блоком передбачено проведення оцінки діяльності лікувального закладу. В рамках четвертого функціонального блоку передбачено проведення оцінки безпеки надання медичних послуг. Останній

функціональний блок передбачає оцінку рівня реалізації концепту пацієнт-орієнтованого розвитку сфери охорони здоров'я.

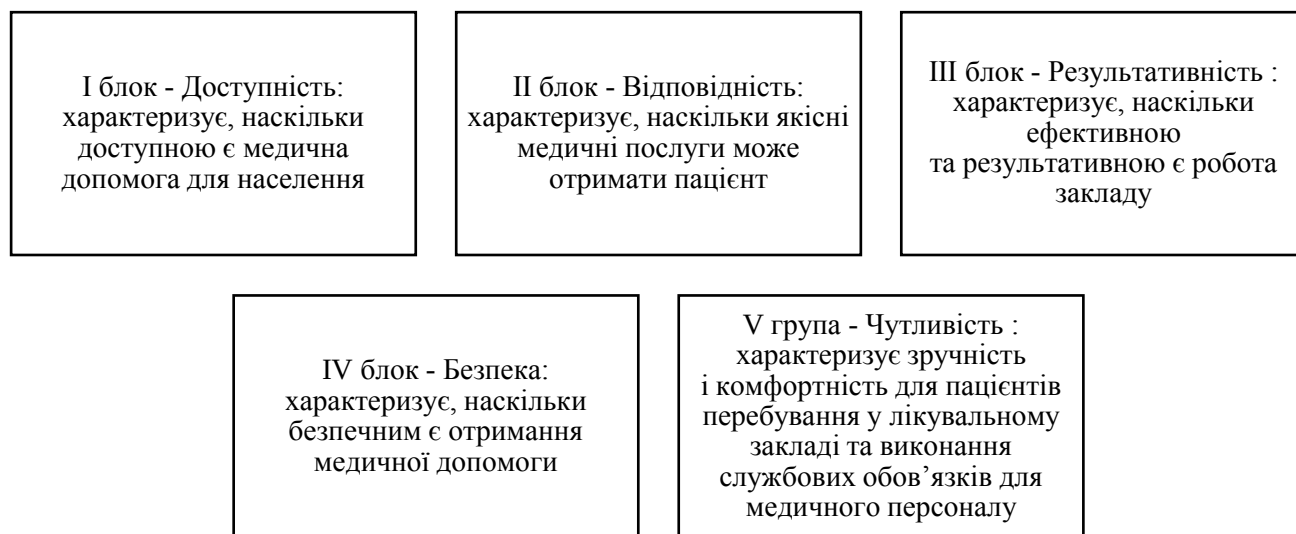


Рисунок 3.2 – Характеристика функціональних блоків системи оцінки якості надання медичних послуг населенню

Джерело: згруповано автором за даними [19]

Показники в розрізі функціональних блоків можуть бути розширені в залежності від спеціалізації лікувального закладу та рівня надання медичної допомоги. В якості бази для формування індикаторів було використано методичний підхід, розроблений Банчук М.В. для оцінки ефективності функціонування закладів первинної медико-санітарної допомоги [16].

Представлені функціональні блоки дозволять провести комплексну оцінку та визначити якість надання медичних послуг населенню в незалежності від місця отримання медичної послуг (первинна, вторинна, третинна), форми власності медичного закладу (комунальний, приватний, ФОП), його профілю (лікувальний, лікувально-профілактичний) та місця розташування (сільський населений пункт, місто, обласний центр). Розглянемо низку показників, котрі формують першу групу оціночних індикаторів, котрі представлено в таблиці 3.1

Таблиця 3.1 – Показники функціонального блоку «доступність» надання медичних послуг

Назва показника	Функціональна характеристика
Рівень фізичної доступності закладу	Вказує, наскільки легко пацієнтам добратися до закладу
Рівень фізичної доступності лікаря, що надає	Вказує, наскільки легко пацієнту потрапити на прийом до лікаря, враховуючи його навантаження
Рівень раціональності використання робочого часу лікаря	Вказує, наскільки організація сприяє раціоналізації використання робочого часу лікаря
Рівень відновлення лікарських кадрів	Визначає, наскільки доступною може бути медична допомога в найближчі роки
Рівень ефективності використання професійного потенціалу медсестер	Вказує, наскільки легко пацієнту отримати допомогу медичної сестри за відсутності потреби пацієнта в компетенції лікаря
Рівень фізичної доступності медичного персоналу протягом дня та тижня для різних категорій пацієнтів	Вказує, наскільки зручним для пацієнтів є графік прийому лікарів
Рівень оснащення обладнанням та інструментарієм	Визначає, чи наявні у розпорядженні закладу та медичного персоналу всі засоби для надання необхідної медичної допомоги
Рівень оснащення автотранспортом	Визначає, наскільки своєчасно можуть бути надані медичні послуги на дому
Рівень фізичної доступності лабораторних досліджень	Вказує, наскільки легко пацієнту дістатися до місця проведення необхідних досліджень
Рівень економічної доступності лабораторних досліджень	Вказує, наскільки фінансово доступним є проведення необхідних досліджень для пацієнта
Наявність ліків для надання допомоги у невідкладних станах	Показує готовність закладу надати невідкладну допомогу пацієнту при виникненні такої необхідності
Рівень фізичної доступності місць продажу ліків та виробів медичного призначення	Вказує, наскільки зручно пацієнту отримати/придбати медичні засоби за призначенням лікаря

Джерело: згруповано автором за даними [16]

Представлені в таблиці 3.1 показники дозволять надати комплексну оцінку щодо доступності медичної допомоги для населення. В розрізі другого функціонального блоку «відповідність» визначені показники оцінки якості надання медичних послуг, котрі представлено в таблиці 3.2. Представлені в таблиці 3.2 показники функціонального блоку «відповідність» дозволять визначити, як внутрішні, так і зовнішні чинники впливу на забезпечення якості надання медичних послуг населення та визначення її рівня.

Таблиця 3.2 – Показники функціонального блоку «відповідність» надання медичних послуг

Назва показника	Функціональна характеристика
Рівень кваліфікації лікарських кадрів	Вказує, наскільки кваліфіковані лікарі працюють у цьому закладі
Рівень кваліфікації сестринських кадрів	Вказує, наскільки кваліфіковані медичні сестри працюють у цьому закладі
Рівень інтенсивності безперервного професійного розвитку лікарів та медсестер	Вказує, наскільки лікарі та медичні сестри стежать за сучасними тенденціями і розвитком медицини
Рівень підготовленості медичного персоналу закладу до спеціального обслуговування пацієнтів	Вказує, наскільки кваліфікований і компетентний медичний персонал у наданні допомоги окремим категоріям пацієнтів
Забезпечення спеціального обслуговування пацієнтів з груп, зазначених у попередньому пункті	Показує практику застосування медичним персоналом надання допомоги окремим категоріям пацієнтів
Забезпеченість медичного персоналу медико-технологічними документами для стандартизації медичної допомоги	Показує, чи забезпечені медичні працівники всіма необхідними медико-технологічними документами для надання якісної медичної допомоги
Рівень охоплення пацієнтів доказовим скринінгом для виявлення на ранніх стадіях захворювань: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, рак шийки матки, колоректальний рак, рак молочної залози, туберкульоз, депресивні розлади, посттравматичний стресовий розлад*	Показує повноту охоплення профілактичним скринінгом на певне хронічне захворювання категорій населення, які підлягають цьому скринінгу, згідно з доказовими даними (відповідної клінічної настанови)
Рівень охоплення жінок консультаціями з питань планування сім'ї	Вказує, наскільки повно та якісно в закладі проводиться консультування з питань планування сім'ї
Рівень охоплення підлітків консультуванням з питань збереження репродуктивного здоров'я	Вказує, наскільки якісно в закладі проводиться консультування підліткового населення щодо збереження репродуктивного здоров'я
Рівень вторинної профілактики (контрольованого лікування) найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань	Вказує на «управління випадками» найпоширеніших захворювань (виявлення, призначення лікування, забезпечення доступними ліками, контроль ефективності, корекція призначень)
Рівень економічного стимулювання якості	Вказує, наскільки медичний персонал економічно мотивований до підвищення якості та результативності медичної допомоги
Стан запровадження в закладі системи менеджменту якості	Вказує, чи запроваджена в закладі система менеджменту якості

Джерело:[16]

У складі третього функціонального блоку «результативність» передбачено проведення оцінки результативності надання медичних послуг населенню, в розрізі показників, представлених в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Показники функціонального блоку «результативність» надання медичних послуг

Назва показника	Функціональна характеристика
Рівень імунізації від керованих інфекцій (кір, краснуха, паротит; туберкульоз; дифтерія, коклюш, правець; гемофільна інфекція; поліомієліт, вірусний гепатит В)**	Вказує, наскільки ефективною є превентивна діяльність у запобіганні керованим інфекційним захворюванням
Частота дефектів (задавлених випадків) у виявленні окремих видів захворювань у ранніх стадіях (туберкульоз, рак шийки матки, колоректальний рак, рак молочної залози, рак шкіри)	Вказує, наскільки ефективно в закладі діють скринінгові програми для раннього виявлення певних захворювань
Рівень запобігання виникненню невідкладних станів, що потребують екстреної медичної допомоги (частота викликів екстреної медичної допомоги на 1000 прикріпленого населення по закладу ПМД)*	Вказує, наскільки ефективно в закладі профілакується виникнення гострих та невідкладних станів
Рівень запобігання формуванню захворювань і станів, що потребують стаціонарного лікування	Вказує, наскільки ефективно в закладі профілакується виникнення станів, що потребують стаціонарного лікування
Рівень адекватності місця надання медичної допомоги	Показує рівень ефективності надання медичної допомоги на первинній ланці
Рівень задоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою	Вказує, наскільки пацієнти, що обслуговуються в лікувальному закладі, задоволені наданою медичною допомогою

Джерело: [16]

Представлені в таблиці 3.3. індикатори дозволять визначити наскільки результативною є робота щодо попередження захворювань, а не їх лікування, а також наскільки пацієнти оцінюють рівень наданих ним медичних послуг. Аналіз показників четвертого функціонального блоку «безпека» (таблиця 3.4), орієнтовано на проведення оцінки показників безпеки перебування в медичному закладі. Аналіз показників, представлених в таблиці 3.4 дозволить розробити комплекс заходів орієнтованих на покращення умов перебування пацієнтів в лікувальному закладі.

Таблиця 3.4 – Показники функціонального блоку «безпека» надання медичних послуг

Назва показника	Функціональна характеристика
Рівень організації дотримання санітарно-епідеміологічних вимог у приміщеннях закладу	Визначає, чи правильно проводиться прибирання приміщень
Рівень гарантій безпеки повітря у приміщеннях закладу	Визначає, чи правильно проводиться обробка повітря
Рівень використання одноразового інструментарію при обслуговуванні пацієнтів	Визначає, наскільки високий рівень запобігання інфікуванню хворих ятрогенним шляхом
Рівень організації обслуговування пацієнтів із лихоманкою	Визначає, наскільки високий рівень запобігання передачі інфекційної патології між хворими
Рівень організації прийому дітей молодших вікових категорій	Визначає рівень безпеки при обслуговуванні дітей молодших вікових категорій

Джерело: [16]

Останній функціональний блок формують показники чутливості, котрі безпосередньо дозволять проаналізувати стан забезпеченості закладів умовами для осіб з особливими потребами такими, як матері з маленькими дітьми, особи з обмеженими фізичними можливостями тощо (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5 – Показники функціонального блоку «чутливість» надання медичних послуг

Назва	Призначення
Рівень доступу у приміщення закладу для візкових інвалідів і матерів з немовлятами (у візках)	Показує зручність доступу до закладу людей з особливими потребами
Рівень доступності інформації щодо роботи закладу	Визначає, з яких джерел пацієнт може отримати інформацію щодо роботи закладу
Рівень організації запису на прийом та ведення черги	Визначає наявність можливостей дистанційного запису пацієнтів на прийом до лікаря та/чи медичної сестри і ефективність їхнього використання
Рівень зручності доступу до всіх приміщень закладу, де ведеться обслуговування пацієнтів «не по східцях» (з огляду на обслуговування людей із проблемами опорно-рухового апарату, візкових інвалідів і матерів з немовлятами)	Показує зручність доступу до закладу людей з обмеженими можливостями
Рівень доступності туалетів для всіх категорій пацієнтів	Визначає доступність туалетів для відвідувачів (у тому числі осіб з обмеженими можливостями)
Рівень доступності місць для сповивання немовлят	Визначає рівень уваги до потреб матерів із немовлятами

Наявність умов для зберігання візків	Визнає рівень уваги до потреб пацієнтів, які використовують спеціальні засоби пересування
Наявність виділеної зони для дітей	Визначає рівень уваги до потреб матерів із дітьми
Наявність інструменту громадського спостереження нагляду за роботою закладу	Вказує, чи здійснюється громадський контроль за роботою закладу
Рівень уваги до думки пацієнтів	Вказує, чи вивчається та враховується думка пацієнтів
Рівень уваги до думки надавачів медичної допомоги	Вказує, чи вивчається та враховується думка медичного персоналу

Джерело: [16]

Представлені в таблиці 3.5 показники даного функціонального блоку є вкрай важливими для оцінки якості надання медичних послуг адже базовим принципом державної політики в сфери охорони здоров'я є пацієнто-орієнтована модель. За результатами оцінки представлених функціональних блоків буде надано комплексну характеристику якості надання медичних послуг населенню.

3.2 Розробка методичних засад до проведення комплексної оцінки якості надання медичних послуг населенню в рамках державної політики

Враховуючи наявність відмінностей в умовах ведення діяльності різних лікувальних закладів, як за напрямом діяльності так і в розрізі регіональної характеристики, запропоновано на рівні Управління охорони здоров'я СМР з урахуванням думки експертного середовища розробляти систему ваг для кожної групи індикаторів. Для формування комплексного показника якості надання медичних послуг населення необхідною є розробка методичних засад до його оцінки в розрізі кількісних та якісних показників. Запропоновано для кількісних показників обрати тривимірну шкалу оцінки: недостатній, достатній та високий рівень. Для тих показників, котрі мають відповідні міжнародні характеристики використовувати встановлені критерії. Для тих показників, котрі мають виключно національну природу та не мають міжнародних співставлень запропоновано розробити шкалу оцінок за результатами

опитування експертного середовища. Якісні показники запропоновано оцінювати через двовимірну шкалу, котра характеризує наявність або відсутність певної характеристики та конвертується у бали 1 і 0.

Часткові складники оцінки комплексного показника якості надання медичних послуг населенню K_{qms} в розрізі функціональних блоків, представлено на рисунку 3.3.

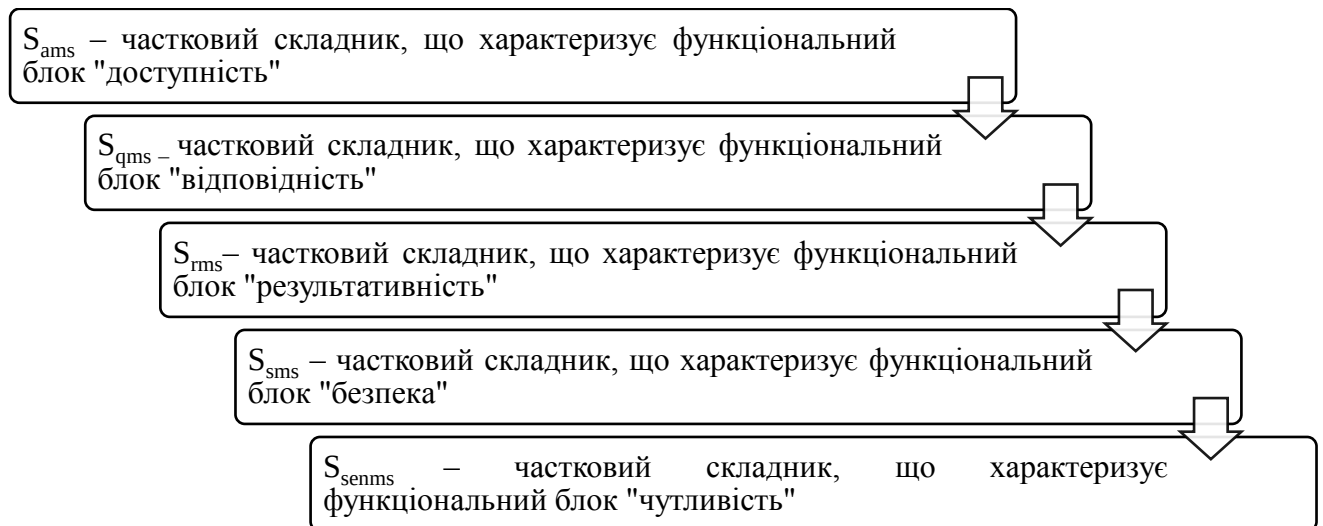


Рисунок 3.3 – Часткові складники для розрахунку комплексного показника якості надання медичних послуг населенню K_{qms}

Джерело: розробка автора

В розрізі формування методичних засад до оцінки якості надання медичних послуг населенню, окреслено функціонально блоки оцінки; показники, котрі формують кожен блок; порядок розрахунку кількісних та якісних показників, а також часткові складники, що формують комплексний показник K_{qms} . Враховуючи те, що даний методичний підхід може бути адаптовано до лікувальних закладів різних рівнів, запропоновано ввести вагомість кожного складника, котрі визначаються відповідно до певних вихідних умов фахівцями, котрі входять до складу експертного середовища. Також розрахунок показника K_{qms} , передбачає розрахунок середнього арифметичного, де отримані результати за всіма частковими індексами додаються, а потім діляться на кількість складових. Згрупуємо вимоги до вагомості показників та визначимо характеристики для кожного із рівнів

результативності значень показників (недостатнього, достатнього та високого), котрі представлено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 - Кількісні характеристики оцінки часткових складників для розрахунку комплексного показника якості надання медичних послуг населенню K_{qms}

Назва та характеристика часткового складника	Вагомість індексу, v	Кількісні оцінки показника (Р) та його варіаційний інтервал		
		Недостатній	Достатній	Високий
S_{ams} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "доступність"	0-1	3,0-5,0	5,1-7,0	7,1-10
S_{qms} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "відповідність"	0-1			
S_{rms} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "результативність"	0-1			
S_{sms} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "безпека"	0-1			
S_{senms} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "чутливість"	0-1			
Σ	1,0			

Джерело: розрахунки автора

Наведені в таблиці 3.6 вагомості складників, можуть визначатись для кожного окремого лікувального закладу вибірково, або можуть бути затверджені в якості базових для певної галузі або рівня надання медичної допомоги. Який би варіант не було обрано, ключовим залишається питання дотримання вимоги щодо максимального сумарного значення індексів, котре не повинно перевищувати 1,0. Кількісні оцінки досліджуваних показників мають три виміри: недостатній, достатній та високий, котрі є узагальненими для всіх показників в розрізі функціональних блоків оцінки.

Враховуючи наявність різних лікувальних закладів, що знаходяться в підпорядкуванні управління охорони здоров'я СМР, фахівцями управління було надано експерту оцінку якості надання медичних послуг населенню КНП ЦПМСД №2 СМР, адже саме заклади первинної медичної допомоги стало

функціонують після проведених реформ. Також до процесу оцінки були залучені пацієнти закладу. Результати практичної оцінки в розрізі функціонального блоку «доступність», представлено в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7 – Результати оцінки показників функціонального блоку «доступність»

Назва	Результат (від 3 до 10)
Рівень фізичної доступності закладу	6
Рівень фізичної доступності лікаря, що надає медичні послуги	7
Рівень раціональності використання робочого часу лікаря та доступності медичної допомоги вдома	9
Рівень відновлення лікарських кадрів	7
Рівень фізичної доступності медсестри середнього фахівця	8
Рівень ефективності використання професійного потенціалу медсестер	7
Рівень фізичної доступності медичного персоналу протягом дня та тижня для різних категорій пацієнтів	7
Рівень оснащення обладнанням та інструментарієм	6
Рівень оснащення автотранспортом	6
Рівень фізичної доступності лабораторних досліджень	7
Рівень економічної доступності лабораторних досліджень	8
Наявність ліків для надання допомоги у невідкладних станах	8
Рівень фізичної доступності місць продажу ліків та виробів медичного призначення	7
Середнє значення	7,2

Джерело: розраховано автором

Отримані результати оцінки, представлені в таблиці 3.7 вказують на наявність значень показників достатнього та високого рівнів. При цьому у складі найкращих показників визначено рівень раціональності використання робочого часу лікаря та доступності медичної допомоги вдома. В частині аналізу проблемних питань, необхідно звернути увагу на забезпеченість обладнанням та автотранспортом. Середній показник в розрізі досліджуваного блоку склав 7,2 бали. Результати аналізу якості надання медичних послуг в розрізі функціонального блоку «відповідність», представлено в таблиці 3.8. Дані представлені в таблиці 3.8 вказують на те, що в розрізі другого оціночного критерію, отриманий результат є дещо вищим за попередній і складає 7,5 балів.

Таблиця 3.8 – Результати оцінки показників функціонального блоку «ВІДПОВІДНІСТЬ»

Назва	Результат (від 3 до 10)
Рівень кваліфікації лікарських кадрів	9
Рівень кваліфікації сестринських кадрів	9
Рівень інтенсивності безперервного професійного розвитку лікарів та медсестер	8
Рівень підготовленості медичного персоналу закладу до спеціального обслуговування пацієнтів (хворих у невідкладних станах, хворих на туберкульоз із застосуванням DOTS-стратегії, пацієнтів групи ризику щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу та пацієнтів із захворюванням на ВІЛ-інфекцію/СНІД, наркозалежних, хворих на депресію, хворих із посттравматичним стресовим розладом; інтегрованого ведення дітей; ведення фізіологічної вагітності)	8
Забезпечення спеціального обслуговування пацієнтів з груп, зазначених у попередньому пункті	7
Забезпеченість медичного персоналу медико-технологічними документами для стандартизації медичної допомоги	7
Рівень охоплення пацієнтів доказовим скринінгом для виявлення на ранніх стадіях захворювань: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, рак шийки матки, колоректальний рак, рак молочної залози, туберкульоз, депресивні розлади, посттравматичний стресовий розлад*	8
Рівень охоплення жінок консультаціями з питань планування сім'ї	8
Рівень охоплення підлітків консультуванням з питань збереження репродуктивного здоров'я (запобігання небажаних вагітностей, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом)	8
Рівень вторинної профілактики (контрольованого лікування) найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань (артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма)	7
Рівень економічного стимулювання якості	5
Стан запровадження в закладі системи менеджменту якості	5
Середнє значення	7,5

Джерело: розраховано автором

За результатами аналізу встановлено, що найбільш проблемним є питаннями щодо рівня економічного стимулювання якості та стану запровадження в закладі системи менеджменту якості. Дані аспекти є вкрай важливими для забезпечення розвитку якості надання медичних послуг населенню. При цьому позитивним є висока оцінка кваліфікації, як лікарів так і молодшого медичного персоналу. Результати оцінки за третім функціональним блоком «результативність», представлено в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9 - Результати оцінки показників функціонального блоку «результативність»

Назва	Результат від 3 до 10
Рівень імунізації від керованих інфекцій (кір, краснуха, паротит; туберкульоз; дифтерія, коклюш, правець; гемофільна інфекція; поліомієліт, вірусний гепатит В)	8
Частота дефектів (задавлених випадків) у виявленні окремих видів захворювань у ранніх стадіях (туберкульоз, рак шийки матки, колоректальний рак, рак молочної залози, рак шкіри)	8
Рівень запобігання виникненню невідкладних станів, що потребують екстреної медичної допомоги (частота викликів екстреної медичної допомоги на 1000 прикріпленого населення по закладу ПМД)	8
Рівень запобігання формуванню захворювань і станів, що потребують стаціонарного лікування (частота госпіталізації на 100 осіб прикріпленого населення по закладу ПМД)	9
Рівень адекватності місця надання медичної допомоги (% закінчених на рівні ПМД випадків обслуговування із загальної кількості звертань до закладу ПМД)	8
Рівень задоволеності пацієнтів отриманою ПМД	7
Середнє значення	8

Джерело: розраховано автором

Представлені в таблиці 3.9 дані свідчать про достатньо високий рівень оцінки пацієнтами результативності надання медичних послуг досліджуваного лікувального закладу. Однак окрему увагу слід звернути на результат оцінки рівня задоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою, котрий потребує покращення. Результат оцінки показників за функціональним блоком "безпека", згруповано в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9 – Результати оцінки показників функціонального блоку «безпека»

Назва	Результат від 3 до 10
Рівень організації дотримання санітарно-епідеміологічних вимог у приміщеннях закладу	10
Рівень гарантій безпеки повітря у приміщеннях закладу	10
Рівень використання одноразового інструментарію при обслуговуванні пацієнтів	10
Рівень організації обслуговування пацієнтів із лихоманкою	8
Рівень організації прийому дітей молодших вікових категорій	8
Середнє значення	9,2

Джерело: розрахунок автора

Проведений аналіз рівня безпеки надання медичних послуг населенню, досліджуваного закладу свідчать про високі значення показників досліджуваного блоку, що вказує на відповідальне ставлення керівництва лікувального закладу до виконання безпекових заходів. Однак потребують вдосконалення напрями щодо обслуговування пацієнтів з лихоманкою та прийому дітей молодших вікових категорій. В цілому, середнє значення показника досліджуваного блоку склало 9,2 бали. Дослідження показників функціонального блоку «чутливість», згруповано в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10 – Результати оцінки показників функціонального блоку «чутливість»

Назва	Результат від 3 до 10
Рівень доступу у приміщення закладу для візкових інвалідів і матерів з немовлятами (у візках)	7
Рівень доступності інформації щодо роботи закладу	8
Рівень організації запису на прийом та ведення черги	8
Рівень зручності доступу до всіх приміщень закладу, де ведеться обслуговування пацієнтів «не по східцях» (з огляду на обслуговування людей із проблемами опорно-рухового апарату, візкових інвалідів і матерів з немовлятами)	8
Рівень доступності туалетів для всіх категорій пацієнтів	8
Рівень доступності місць для сповивання немовлят	7
Наявність умов для зберігання візків	7
Наявність виділеної зони для дітей	5
Наявність інструменту громадського спостереження нагляду за роботою закладу	5
Рівень уваги до думки пацієнтів	7
Рівень уваги до думки надавачів ПМД	8
Середнє значення	7,1

Джерело: розрахунки автора

Отримані значення показника, таблиця 3.10, вказують на те, що даний функціональний блок є найбільш проблемним для закладу. Так, серед проблемних питань визначено відсутність виділеної зони для дітей та інструментів громадського спостереження нагляду за роботою закладу. Розширення публічності щодо роботи закладу є одним із ефективних інструментів оцінки результативності реалізації державної політики та обов'язково повинен бути впровадженим в діяльність закладу.

Отримані значення показників в розрізі функціональних блоків свідчать про відсутність значної варіаційної розбіжності в розрізі отриманих результатів. Для проведення подальшої оцінки необхідним є визначення вагомості кожного з часткових складників. Враховуючи результати попередніх досліджень обґрунтовано вагомість першого часткового індексу встановити на рівні 0,2, вагомість другого та третього часткових індексів визначити на рівні 0,3, вагомість четвертого та п'ятого часткових індексів відповідно на рівні 0,1. Отримані результати згруповано та представлено в таблиці 3.11.

За результатами проведених розрахунків, використовуючи отримані дані, представлені в таблиці 3.11, розрахуємо комплексний показник якості надання медичних послуг населенню K_{qms} , за формулою:

$$K_{qms} = \sum S_{ams} + S_{qms} + S_{rms} + S_{sms} + S_{senms}, \quad (3.1)$$

де, K_{qms} , - комплексний показник якості надання медичних послуг населенню. В розрізі досліджуваного лікувального закладу, розрахуємо значення комплексного показника:

$$K_{qms} = \sum 1,44 + 2,25 + 2,4 + 0,92 + 0,71 = 7,72 \quad (3.2)$$

Таблиця 3.11 – Результативна оцінка часткових складників комплексного показника якості надання медичних послуг населенню K_{qms}

Назва та характеристика частково індексу	Кількісна оцінка показника (Р)	Вагомість індексу, v
	високий	
S_{ams} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "доступність"	7,2	0,2
S_{qms} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "відповідність"	7,5	0,3
S_{rms} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "результативність"	8,0	0,3
S_{sms} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "безпека"	9,2	0,1
S_{senms} – частковий складник, що характеризує функціональний блок "чутливість"	7,1	0,1
Σ		1,0

Джерело: розрахунки автора

Отримані розрахункові показники та результати проведеного аналізу дозволи сформувати шкалу розрахункових значень комплексного показника та надати їм сутнісні характеристики, згруповані в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12 - Шкала розрахункових значень комплексного показника якості надання медичних послуг населенню

Група	Розрахункове значення комплексного показника якості надання медичних послуг населенню	Характеристика значення
I високий	Від 8,1 до 10	Якість надання медичних послуг визначена на високому рівні, потребують удосконалення лише окремі елементи
II оптимальний	Від 6,1 до 8	Якість надання медичних послуг визначена на достатньому рівні, потребують удосконалення не більше третини елементів в розрізі кожного функціонального блоку
III середній	Від 4-6	Якість надання медичних послуг визначена на недостатньому рівні, що вказує на необхідність розробки заходів орієнтованих покращення діяльності в розрізі половини показників за кожним функціональним блоком
IV критичний	Менше за 4	Якість надання медичних послуг не відповідає встановленим вимогам

Джерело: розроблено автором

В рамках обґрунтованого методичного підходу визначено чотири рівні якості надання медичних послуг населення. За результатами проведеного дослідження, визначено, що якість надання медичних послуг населенню КНП ЦПМСД №2 СМР має середній рівень, що вказує на важливість запровадження інструментів орієнтованих на підвищення якості медичних послуг.

3.3 Удосконалення системи управління якістю надання медичної допомоги в рамках реалізації державної політики

В сучасній практиці надання медичної допомоги, за інформацією Міністерства охорони здоров'я України [21], застосовуються новітні стандарти лікування ВІЛ, COVID-19, новонароджених, надання хірургічної допомоги, лабораторної діагностики, реабілітації. Окрім того, українським медикам

надано доступи до клінічних настанов на засадах доказової медицини, а також міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги. Формування належної і дієвої системи медико-технологічних документів надання медичної допомоги передбачає, також, постійне її оновлення та відміну чинності документів, що не відповідають принципам доказової медицини, або ж втратили актуальність.

В цьому контексті наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 590 «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України», було скасовано дію більше 90 клінічних протоколів лікування, протоколів та стандартів надання медичної допомоги за різними спеціальностями дітям та дорослим, які здебільшого пов'язані з реалізацією програми медичних гарантій і які втратили актуальність. Водночас було прийняте невідкладне рішення щодо забезпечення розроблення галузевих стандартів за включенням до даної програми переліком медичної допомоги до 01.03.2021р. [14].

Водночас, не зважаючи на достатнє нормативне забезпечення процесів стандартизації медичних послуг, існує методична недосконалість та незавершеність розроблення інструментарію підвищення якості надання таких послуг, формальність їх використання, відсутність програм впровадження системи управління якістю за вимогами і рекомендаціями міжнародних стандартів ISO. Саме тому пріоритетним напрямом в забезпеченні надання державних гарантій якості медичних послуг є розробка та впровадження таких систем в практичну діяльність закладів охорони здоров'я як дієвого інструменту задоволення потреб і вимог громадян рівнем якості наданої медичної допомоги.

В цьому контексті зростає значення запровадження ефективних схем, методів та механізмів управління якістю в системі охорони здоров'я та кожному конкретному закладі охорони здоров'я. Загалом, управління якістю є скоординованою діяльністю, яка полягає у спрямуванні та контролюванні системи охорони здоров'я на всіх рівнях щодо якості медичної допомоги.

Управління якістю медичної допомоги ґрунтується на отриманні об'єктивної, повної та достовірної інформації про реальні події, встановленні відповідності наданих медичних послуг затвердженим стандартам медичної допомоги та клінічним настановам.

В умовах реформування сфери охорони здоров'я важливого значення набуває проблема підвищення якості, власне системи управління закладами охорони здоров'я, основною метою якого є забезпечення його спроможності надавати якісну медичну допомогу в достатньому для споживача обсязі. Відповідно, критерієм якісного управління стає ступінь задоволеності споживача рівнем якості отриманої допомоги. Досягнення зазначеної мети залежить від низки чинників, що мають зовнішній та внутрішній характер. Основними з них є:

- ✓ ефективність організаційної побудови та системи управління охороною здоров'я в державі в цілому;
- ✓ напрями та обґрунтованість пріоритетів здійснюваних реформ галузі;
- ✓ достатність обсягів та актуальність джерел фінансування її розвитку;
- ✓ рівень використовуваних сучасних медичних технологій та обладнання;
- ✓ наявність висококваліфікованих медичних кадрів та кадрова забезпеченість закладів охорони здоров'я;
- ✓ стан запровадження систем забезпечення якості медичної допомоги в управлінську діяльність;
- ✓ наявність чітких та зрозумілих стандартів якості медичної допомоги та їх гармонізація із зарубіжними аналогами;
- ✓ наявність критеріїв та методик оцінювання якості роботи медичного персоналу;
- ✓ залученість персоналу до прийняття рішення щодо якості в закладі охорони здоров'я, їх навчання та мотивація [22-25].

Варто відзначити, що підвищення якості управління можливе лише в рамках запровадження відповідних систем якості, які відповідають міжнародним стандартам якості та враховують специфіку роботи. Міжнародний стандарт ISO 9000:2015 визначає сім фундаментальних принципів, за якими систему управління в закладі охорони здоров'я можна вважати якісною. Це:

- 1) орієнтація на замовника (споживача медичної послуги);
- 2) лідерство керівництва;
- 3) задіяність персоналу (залучення їх до процесів управління якістю);
- 4) процесний підхід(впровадження процесної моделі управління);
- 5) постійне поліпшення та удосконалення;
- 6) прийняття рішень на підставі фактичних даних (по-суті, це є принципом доказової медицини);
- 7) управління взаємовідносинами (врахування інтересів і потреб зацікавлених сторін).

Складові системи управління якістю, представлено на рисунку 3.4.

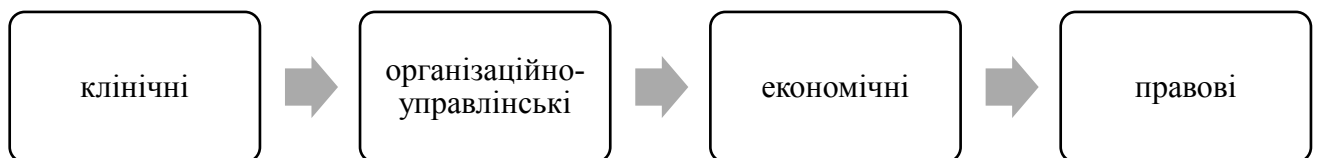


Рисунок 3.4 Складові системи управління якістю закладів охорони здоров'я

Джерело: згруповано автором за даними [22-25]

Клінічна складова передбачає використання адекватних і доказових клініко-організаційних технологій, які ґрунтуються на принципах доказової медицини та міжнародних стандартах ISO серії 9000 [22-25]. Організаційно-управлінський зріз управління якістю містить дії з підтримання медичних технологій необхідним ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним, інформаційним, фінансовим); здійснення профілактичних заходів та

вчасне виявлення захворювання; проведення якісної та своєчасної діагностики пацієнтів; відпрацювання маршруту руху пацієнтів; чіткої організації етапності медичної допомоги та організації взаємодії всіх структурних підрозділів; навчання керівників і медичного персоналу питанням якості, уміння працювати в команді; належної акредитації медичних закладів і ліцензування діяльності. Економічний аспект системи управління якістю зорієнтований на визначення оптимальної вартості клінічних технологій. В сучасній медичній практиці зарубіжних країн найбільш застосовуваними є такі [22-25]:

- а) мінімізація витрат (cost-minimization analysis);
- б) аналіз результативності (cost-effectiveness analysis);
- в) аналіз вигідності витрат (cost-benefit analysis);
- в) аналіз корисності витрат (cost-utility analysis).

Правові аспекти управління якістю в закладах охорони здоров'я полягають у правовій підтримці клініко-організаційних технологій; захисті прав пацієнтів та прав лікарів; попередження лікарських помилок та організацію системи спостереження за лікарськими помилками і їх наслідками; страхування ризику професійної лікарської діяльності, зокрема застосування різних системи.

Базові завдання побудови сучасної системи управління якістю в закладі охорони здоров'я полягають в наступному:

- законодавче закріплення принципів діяльності і організації системи охорони здоров'я відповідно до потреб споживачів;
- створення прозорого і зрозумілого механізму реалізації завдань системи охорони здоров'я відповідно до суспільних потреб;
- використання принципів і процедур міжнародних стандартів в діяльності медичного закладу та ухвалення управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги.

Виходячи із досліджуваних складових, концептуальні засади управління якістю надання медичної допомоги мають бути імплементовані в розрізі складників, представлених на рисунку 3.5. Як правило, якісне управління

забезпечується гармонійним поєднанням всіх його складових, зокрема: якості медичного персоналу; якості медичних технологій та обладнання; якості процесу надання медичної допомоги (починаючи від обстеження пацієнта і встановлення діагнозу, його лікування та проведення реабілітаційних і профілактичних дій); якості лікарських засобів; якості організації медичної практики; якості медичних процедур; якості медичної інформації; якості законодавства в сфері охорони здоров'я.



Рисунок 3.4 – Складові елементи імплементації концептуальних засади управління якістю надання медичної допомоги

Джерело: згруповано автором за даними [22-25]

Водночас, як свідчить практика, в силу специфіки діяльності закладів охорони здоров'я досягнення встановлених критеріїв якості управління є складним завданням. Пов'язується це, передусім, з такими особливостями надання медичної допомоги, як: висока спеціалізація основної діяльності, що часто має терміновий і невідкладний характер; складність при визначенні критеріїв якості в межах процесу надання допомоги на всіх її етапах та рівнях, а також, вимірюваності результатів роботи; відсутність права на невпевненість і

помилку; потреба в тісній комунікативній роботі різних структурних підрозділів та спеціалістів; необхідний високий рівень кваліфікації медичних працівників; залежність результатів роботи від якості лікарських препаратів та технічної оснащеності процесу лікування та реабілітації; труднощі координування роботи, розподілу повноважень та відповідальності, пов'язаних з подвійним підпорядкуванням, що існує в більшості медичних закладах.

Важливим напрямом реалізації державних гарантій надання якісних медичних послуг є здійснення контрольної функції, що передбачає побудову чіткої системи контролю як самої медичної послуги, так і процесу її надання. Основною метою контролю якості медичної допомоги є дотримання прав пацієнтів на отримання медичної допомоги в необхідному обсязі і належної якості шляхом раціонального і ефективного використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів охорони здоров'я, впровадження досконалих медичних технологій і практик. Об'єктом контролю є комплекс лікувальний, діагностичних, профілактичних та реабілітаційних заходів, що проводяться за встановленою технологією з метою досягнення встановлених результатів лікування. В системі контролю якості медичної допомоги головним елементом є метод експертної оцінки закінчених випадків лікування, які ґрунтуються на порівнянні стандартів обсягу і якості медичної допомоги з фактичним обсягом і якістю наданої медичної допомоги у відповідності до затвердженої технологічної документації.

Система контролю якості медичної допомоги, відповідно до встановленого Порядку [22-25] реалізується через поєднання таких її форм:

- внутрішнього та зовнішнього контролю якості;
- самооцінювання медичного закладу та лікарської практики;
- аудиту якості та клінічного аудиту;
- моніторингу та діагностування системи індикаторів якості;
- експертного оцінювання якості надання медичної допомоги;
- сертифікація систем якості відповідно до норм законодавства

України і міжнародних вимог.

Загалом, внутрішній контроль якості лікувального процесу здійснюється шляхом:

- контролю за кваліфікацією лікарів, медичного персоналу (як молодших спеціалістів з медичною освітою, так і фахівців з вищою немедичною освітою, що працюють у медичному закладі);
- самооцінювання діяльності медичного закладу та кожного медичного працівника зокрема;
- моніторингу за дотриманням всіма структурними підрозділами закладу встановлених медичних стандартів та клінічних протоколів;
- організації надання медичної допомоги та моніторингу за реалізацією прийнятих управлінських рішень щодо усунення причин виникнення ускладнень;
- моніторингу системи індикаторів якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- вивчення думки пацієнтів щодо рівня якості наданої медичної допомоги та ефективності організації процесу лікування.

Зовнішній контроль за якістю надання медичної допомоги, як правило, здійснюється уповноваженими органами місцевої влади за наступними напрямками:

- експертиза процесу надання медичної допомоги ;
- проведення клініко-експертного оцінювання якості і обсягів надання медичної допомоги.
- стан матеріального та технічного забезпечення процесу надання медичної;
- організація процесу надання медичної допомоги належної якості та вибір раціональних управлінських рішень щодо підвищення якості;
- контроль за реалізацією управлінських рішень;
- оцінка дотримання кваліфікаційних вимог та процедур атестування лікарів, молодшого медичного персоналу та провідних фахівців з вищою немедичною освітою;

- вивчення рівня задоволеності пацієнтів якістю наданої медичної допомоги;
- дотримання прав і безпеки пацієнтів проведення акредитації медичного закладу.

В рамках удосконалення системи управління якістю надання медичної допомоги в рамках реалізації державної політики запропоновано наступне:

- розробити концептуальні засади державної політики якості надання медичної допомоги з метою орієнтування системи управління охороною здоров'я на вирішення проблем підвищення, гарантування доступності та безпеки такої допомоги;
- розробити чіткі критерії якості медичної допомоги, встановити вимоги до її забезпечення та регламентувати відповідальність за не належну якість і рівень надання допомоги, допущені помилки та дефекти в медичній практиці;
- здійснювати підтримку та сприяти формуванню ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити компетентний вибір найбільш ефективного надавача медичної допомоги за критеріями якості та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості і безпеки;
- прискорити запровадження професійного ліцензування медичної практики та реального лікарського самоврядування в закладах охорони здоров'я, що здійснюють реорганізаційні зміни в системі управління.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі запропоновано вирішення актуальної наукової проблеми щодо реалізації державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг населенню. Здійснено обґрунтування комплексу теоретичних і концептуальних положень та практичних рекомендацій.

Висновки і результати, одержані у процесі наукового дослідження, можуть бути зведені до наступного:

1. Досліджено, що одним із підходів до визначення якості медичної допомоги, є формування її сутності, як сукупності характеристик, що забезпечують відповідність наданої медичної допомоги поточним потребам і очікуванням пацієнта (населення), з урахуванням досягнень медичної науки і техніки. В частині розробки підходів до формування державної політики забезпечення надання якісних медичних послуг важливим є формування функціональних характеристик, з урахуванням специфіки галузі. Серед яких виділяють наступні: результативність; ефективність; оптимальність; прийнятність; законність; справедливість.

2. Встановлено, що за умови відсутності єдиного стандарту в сфері реалізації державної політики до проведення оцінки, необхідним є формування загальної характеристики за такими ключовими напрямками, як: якість медичних послуг, доступність мережі лікувальних закладів, інформатизація в сфері охорони здоров'я. За результатами аналізу концептуальних засад державної політики надання якісних медичних послуг населенню окреслено важливість проведення ефективної кадрової політики, як на державному та регіональному рівнях, так і в розрізі лікувальних закладів. Одним із аспектів досягнення розвитку в розрізі даного складника є розробка стратегій розвитку кадрового потенціалу на рівні регіональних управлінь охорони здоров'я, управлінь охорони здоров'я територіальних громад та лікувальних закладів всіх рівнів.

3. Підтверджено, що управлінський вплив держави на реформування системи надання медичних послуг населенню реалізується шляхом використання повноважень виконавчої влади. Для проведення оцінки результативності державної політики надання якісних медичних послуг населенню може бути використано п'ять груп оціночних індикаторів, котрі характеризують різні сфери системи охорони здоров'я: I. Стан здоров'я населення; II. Профілактична робота; III. Доступність та якість медичної допомоги; IV. Впровадження пріоритетних форм забезпечення медичної допомоги; V. Ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я.

4. Визначено, що одним із комплексних індикаторів, котрий характеризує стан соціально-економічного розвитку регіону є показники доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я. Окреслена динаміка визначила, що переважну частку в Сумській області в 2021 р. складають амбулаторні послуги, частка - 58,4%, відповідно частка стаціонарних послуг склала 41,6%. Визначено зростання загального коефіцієнту смертності на 1000 наявного населення в 2021 р. в порівнянні з 2019 р. на 1,1. В 2021 р. в порівнянні з 2019 р. в Сумській області встановлено зниження кількості новонароджених на 1000 наявного населення з 6,5 до 5,7. Позитивною є динаміка щодо зниження захворюваності на туберкульоз у порівнянні з 2019 роком у 1,5 рази – з 49,9 до 32,9 на 100 тис. населення (по Україні у 2020 році – 34,3).

5. Обґрунтовано формування функціональних блоків проведення оцінки. В рамках реалізації даного етапу запропоновано в якості основи обрати такі блоки, як: доступність; відповідність; результативність; безпека та чутливість. Так, показники функціонального блоку доступність передбачають оцінку доступу пацієнтів до отримання медичних послуг. В розрізі другого функціонального блоку – відповідність, передбачено проведення оцінки безпосередньо якості медичної послуги. Третій функціональний блок передбачено для проведення оцінки діяльності лікувального закладу. В рамках четвертого функціонального блоку передбачено проведення оцінки безпеки надання медичних послуг. Останній функціональний блок передбачає оцінку

рівня реалізації концепту пацієнт-орієнтованого розвитку сфери охорони здоров'я.

6. В розрізі формування методичних засад до оцінки якості надання медичних послуг населенню, окреслено функціонально блоки оцінки; показники, котрі формують кожен блок; порядок розрахунку кількісних та якісних показників, а також часткові складники, що формують комплексний показник K_{qms} . Враховуючи те, що даний методичний підхід може бути адаптовано до лікувальних закладів різних рівнів, запропоновано ввести вагомість кожного складника, котрі визначаються відповідно до певних вихідних умов фахівцями, котрі входять до складу експертного середовища. Також розрахунок показника K_{qms} , передбачає розрахунок середнього арифметичного, де отримані результати за всіма частковими індексами додаються, а потім діляться на кількість складових. В рамках обґрунтованого методичного підходу визначено чотири рівні якості надання медичних послуг населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Пасмор М. С. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі. *Соціальна економіка* 2017. №1. С. 92-95.
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
3. Петрашик Ю. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2015. №3. <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/3504>
4. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : ДДУУ, Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.
5. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 3. С. 67–86.
6. Мартякова О.В., Трикоз І.В. Перспективи модернізації охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2015. № 4 (32). С. 23–30.
7. Сабецька Т. І., Стефанишин Л. С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56-62.
8. Чорний О.В. Соціально-економічні аспекти формування та реалізації державної політики реформ у системі охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку пандемії в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 4 (27). С. 81–85. DOI: <https://doi.org/10.32836/2310-9653-2020-4.13>.
9. Чорний О.В. Особливості реформ у державній політиці охорони здоров'я в європейських країнах у трансформаційний період: історичні та

соціально-економічні аспекти. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 3 (26). С. 78–82.

10. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.

11. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: Наказ МОЗ від 01.08.2011 № 454 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>

12. Управління охорони здоров'я. URL: <http://www.medycyna.sm.gov.ua/index.php/uk/2013-04-18-21-50-35/34-mereja-lpz>

13. Національна служба здоров'я України URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard>

14. Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я: Постанова КМУ від 28 грудня 2000 р. № 1907 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1907-2000-%D0%BF#Text>

15. Індекс здоров'я. Україна. URL: <https://health-index.com.ua/>

16. Банчук М. В. Державне управління інституційними змінами галузі охорони здоров'я в Україні. 2015. 272 с.

17. Жилка К.І. Розвиток механізму взаємодії з міжнародними організаціями у сфері державного управління охороною здоров'я дітей. 2015. 267 с.

18. Демченко І. С. Громадське здоров'я: міжнародно-правові підходи до визначення. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2018. № 2. С. 53–58.

19. Демченко І. Акценти ВООЗ щодо ключових характеристик систем охорони здоров'я: міжнародно-правові аспекти. *Український часопис міжнародного права*. 2016. № 4. С. 65–71.

20. Горбата Л. П. Діяльність структурних підрозділів органів публічної влади в контексті забезпечення їх інформаційної відкритості. *Вчені записки*

ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія «Державне управління». 2019. Т. 30 (69), № 3. С. 42–47.

21. Операційний посібник «Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я». Центр громадського здоров'я МОЗ України. К., 2020. 60 с.

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

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

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