

Міністерство охорони здоров'я України  
Харківський національний медичний університет

СМІЯНОВ ВЛАДИСЛАВ АНАТОЛІЙОВИЧ

УДК 614.2:06.047:005.336.3(043.3)

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ  
ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ОСНОВІ ВНУТРІШНЬОГО АУДИТУ  
НА РІВНІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

14.02.03 – соціальна медицина

Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
доктора медичних наук

Харків – 2015

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**Науковий консультант:**

доктор медичних наук, професор **Степаненко Алла Василівна**, Українська військово-медична академія МО України, кафедра організації медичного забезпечення збройних сил, професор кафедри

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Грузєва Тетяна Степанівна**, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, кафедра організації охорони здоров'я та соціальної медицини, завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор **Гойда Ніна Григорівна**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, кафедра управління охороною здоров'я, професор кафедри

доктор медичних наук, професор **Голованова Ірина Анатоліївна**, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія МОЗ України», кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством, завідувач кафедри

Захист відбудеться " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2015 р. о \_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.06 при Харківському національному медичному університеті МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, просп. Леніна 4, корпус А, конференційна зала.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського національного медичного університету МОЗ України за адресою: 61022, м. Харків, просп. Леніна, 4.

Автореферат розісланий " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2015 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
к.мед.н., доцент

Л.І. Чумак

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність проблеми.** Упродовж останнього десятиріччя у національних системах охорони здоров'я країн світу відбулися характерні зміни у системі забезпечення якості медичної допомоги, а саме перехід від ідеології контролю до стимулювання виявлення, оцінювання і вирішення існуючих проблем, тобто застосування комплексного, інтегрованого та динамічного підходу до покращання якості, спрямованого на постійну модифікацію, вдосконалення та поліпшення результатів роботи системи в цілому (Ю. В. Вороненко, 2012; В. Ф. Москаленко, 2012; А. Л. Лінденбратен, 2012; Н. В. Семенова, 2012; Г. О. Слабкий, 2012; О. П. Щепін, 2012; S. Chuang, Peter P. Howley, 2013; L. Fitzharris, T. Crimes, 2010; A. Jackson, 2012).

В Україні побудова ефективної системи охорони здоров'я та забезпечення якості медичної допомоги залишаються одними з найактуальніших проблем та гуманітарних цілей суспільства. Підвищення якості медичної допомоги передбачає виконання складної загальносистемної роботи, що включає удосконалення безпосередньо діючої системи надання медичної допомоги, що в ринкових умовах набуває пріоритетного характеру (Б. П. Криштопа, 2008; В. М. Лехан, 2010; А. В. Степаненко, 2011; Ю. В. Вороненко, 2012; О. М. Голяченко, 2011).

На державному рівні триває процес формування нормативно-правової бази у сфері якості медичного забезпечення населення, основними актами якої є Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо вдосконалення надання медичної допомоги», Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», Наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». У цих документах поряд із зовнішнім контролем значну увагу присвячено внутрішньому контролю якості медичної допомоги, що потребує обґрунтування та розроблення механізмів його впровадження на рівні закладу охорони здоров'я.

До цього часу більшість наукових публікацій щодо якості в системі охорони здоров'я були пов'язані з дослідженням контролю, оцінюванням та вдосконаленням якості медичної допомоги переважно на державному та регіональному рівнях (З. О. Надюк, 2006; Р. А. Васишин, 2010; О. Л. Зюков, 2009; В. В. Горачук, 2012).

На рівні закладу охорони здоров'я спорадично вивчалися лише окремі питання управління якістю медичної допомоги (Т. П. Іванова, 2011; Д. Д. Дячук, 2013).

Необхідно констатувати той науковий факт, що на сьогодні в загальносвітових тенденціях стосовно покращання якості медичної допомоги превалює залучення механізмів безпосереднього впливу у самому закладі охорони здоров'я через систематичне оцінювання / самооцінювання згідно визначених критеріїв, де основним інструментом слугує внутрішній аудит, що робить такий підхід ефективним у процесі надання медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я (В. М. Богомаз, 2010; О. М. Посненкова, 2009; А. В. Степаненко, 2011; Гр. Росс, 2009; С. Bullough, W. Graham, 2002; М. С. Peterson, 2009; J. Qvretveit, 2005).

Враховуючи все сказане та інші чинники, про які буде йти мова нижче, пошук механізмів вирішення проблеми якості медичної допомоги населенню України і, зокрема, на рівні закладу охорони здоров'я, в умовах процесу реформування діючої системи медичного забезпечення варто вважати однією з найбільш важливих у спектрі усіх проблем зміцнення та збереження здоров'я нації.

Актуальність питання розроблення та впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я, його недостатнє вивчення і практична значущість обумовили вибір тематики дослідження, сформувавши мету та завдання дисертаційної роботи.

**Зв'язок роботи з науковими програмами.** Дисертаційна робота виконувалася відповідно до плану науково-дослідних робіт ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» і є фрагментом науково-дослідних робіт: «Наукове обґрунтування та розробка моделі моніторингу якості надання медичної допомоги населенню України» (державна реєстрація № 0112U002808, 2012–2013 рр.); «Методологія розробки програм масового скринінгу неінфекційних захворювань серед населення на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги» (державна реєстрація № 0113U002873, 2013–2015 рр.).

Дисертація є продовженням науково-практичних напрацювань на тему «Наукове обґрунтування покращання якості медичної допомоги та стану здоров'я населення на регіональному рівні» (державна реєстрація № 0110U007572, 2009–2013 рр.), що здійснювалися на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Медичного інституту Сумського державного університету.

**Мета дослідження** – обґрунтувати та розробити модель управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я на основі механізму внутрішнього аудиту.

**Завдання дослідження передбачали:**

1. Аналіз наукових джерел щодо існуючих сучасних концепцій, моделей та інструментів управління якістю та нормативно-правової бази контролю якості медичної допомоги в Україні.

2. Вивчення існуючої системи контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.

3. Дослідження епідеміологічних параметрів стану здоров'я населення м. Суми (на прикладі хвороб системи кровообігу) у контексті встановлення впливу існуючої системи забезпечення якості медичної допомоги на стан здоров'я населення.

4. Проведення соціологічного дослідження серед здорового сільського та міського населення, пацієнтів стаціонарних відділень м. Суми, організаторів охорони здоров'я та лікарів закладів всіх рівнів надання медичної допомоги щодо оцінювання якості та доступності медичної допомоги (на прикладі Сумської області).

5. Визначення основних факторів забезпечення якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.

6. Розробку класифікації видів внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я.

7. Наукове обґрунтування і розробку моделі системи управління якістю медичної допомоги для закладів охорони здоров'я на основі внутрішнього аудиту.

8. Проведення організаційного експерименту у закладах охорони здоров'я м. Суми щодо впровадження моделі системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту і інформаційно-комунікативних технологій на прикладі надання медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією.

9. Аналіз ефективності впровадження моделі системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту.

*Об'єктом наукового дослідження* є система управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

*Предмет дослідження:* оцінювання якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, процеси забезпечення функціонування системи управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я, інформаційні технології покращання якості медичної допомоги та ефективність їх впровадження.

*Наукові бази дослідження* – лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я м. Суми: Сумська обласна клінічна лікарня, Сумська міська клінічна лікарня № 1, Сумська міська клінічна лікарня № 4, Сумська міська клінічна лікарня № 5, та центральні районні лікарні семи районів Сумської області: Білопільська центральна районна лікарня, Глухівська центральна районна лікарня, Краснопільська центральна районна лікарня, Лебединська центральна районна лікарня, Липоводолинська центральна районна лікарня, Охтирська центральна районна лікарня, Сумська центральна районна лікарня.

Дослідження проводилося упродовж 2007–2013 рр.

**Методи дослідження.** Методичний апарат цієї дисертаційної роботи охоплює комплекс соціально-гігієнічних методів, що загалом визначають напрям наукового пошуку та дослідження, тобто соціальну медицину.

Серед наукових методів досліджень, які застосовувались при виконанні дисертаційної роботи, були методи:

- *системного аналізу і системного підходу* – при визначенні основних наукових категорій управління якістю медичної допомоги;

- *медико-статистичного аналізу* – при вивченні стану здоров'я населення м. Суми на серцево-судинну патологію;

- *логічного узагальнення* – при формуванні видів та критеріїв оцінювання ефективності запропонованих видів внутрішнього аудиту;

- *бібліосемантичний метод* – при аналізі підходів до управління якістю медичної допомоги в економічно розвинених країнах світу, СНД та стану проблеми в Україні;

- *соціологічного опитування* – під час дослідження якості надання медичної допомоги в Сумській області та шляхів її підвищення;

- *метод аналізу і представлення даних* – *причинно-наслідкова діаграма Ісікави* – при формуванні системи факторів забезпечення якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я;

- *описового моделювання* – при побудові моделі системи управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я;

- *медико-організаційного експерименту* – при впровадженні моделі управління якістю медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією;

- *проекування інформаційно-аналітичних схем* – під час розроблення технічних умов та системи зворотнього зв'язку з лікарем загальної практики – сімейним лікарем для створення програми нагадування диспансерним хворим артеріальною гіпертензією за допомогою SMS-повідомлень.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що автором вперше в Україні:

- сформульовані сучасні погляди на систему управління якістю медичної допомоги та визначено основні напрями її покращання на рівні закладу охорони здоров'я;

- проведено комплексне дослідження стану епідеміологічних параметрів здоров'я населення м. Суми у контексті хвороб системи кровообігу;

- обґрунтовано основні фактори забезпечення якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я;

- запропоновано системну класифікацію видів внутрішнього аудиту;

- науково обґрунтовано і розроблено модель управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я на основі механізму внутрішнього аудиту на відміну від існуючої системи контролю якості;

- розроблено інформаційні технології мобільної медицини для покращання якості медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією;

- встановлено доцільність застосування розробленої моделі покращання якості медичної допомоги для закладів охорони здоров'я із застосуванням механізму внутрішнього аудиту на прикладі лікування хворих з артеріальною гіпертензією.

*Подальшого розвитку набули:*

- науково-методологічні підходи до застосування сучасних інструментів управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

*Удосконалено:*

- оцінку якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я на основі розширення переліку індикаторів моніторингу.

**Теоретичне значення** дослідження полягає в істотному доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я у частині вдосконалення механізму управління якістю медичної допомоги та комплексної оцінки якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я на основі концепції безперервного покращання якості медичної допомоги.

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

– розроблення та впровадження постійно діючої системи моніторингу потреб пацієнтів і стимулів у медичних працівників щодо покращання якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я;

– створення алгоритму впровадження моделі управління якістю та послідовності етапів проведення циклу внутрішнього аудиту для підвищення якості медичної допомоги на прикладі надання медичної допомоги пацієнтам з артеріальною гіпертензією;

- впровадження інформаційних технологій покращання якості медичної допомоги та системи зворотнього зв'язку пацієнта з лікарем;
- створення реєстру внутрішніх аудитів у закладах охорони здоров'я.

**Впровадження результатів у практику** здійснено на рівнях:

*I. галузевому:*

а) при підготовці Наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»;

б) при укладанні 2 методичних рекомендацій:

– Організація клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я : метод. рек. (74.12/168.12) / [уклад.: А. В. Степаненко, В. М. Богомаз, В. А. Сміянов та ін.] / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2012. – 21 с.

– Управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я : метод. рек./ [уклад. В. А. Сміянов]. – К., 2014. – 27 с.;

в) при розробленні галузевих нововведень:

– Організаційно-методичний підхід до управління якістю медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги на основі технологій внутрішнього аудиту / В. А. Сміянов, С. О. Линник, Н. П. Ярош, Ю. Б. Яценко / Реєстр галузевих нововведень. – 2013. – Випуск 39. Нововведення № 289.

– Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 55178. Медико-соціальна модель управління якістю медичної допомоги / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко, О. І. Сміянова, Н. В. Деміхова. – Дата реєстрації: 05.06.14.

*II. регіональному:*

– затвердження Програми «Забезпечення безперервного підвищення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я» Колегією Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації Сумської області від 06.02.2013 р.;

– шляхом впровадження результатів дослідження у 10 медичних закладах Сумської області;

– використання отриманих результатів у наукових дослідженнях у ДУ «Український інститут стратегічних досліджень» МОЗ України, у навчальному процесі на кафедрах соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я, сімейної медицини Медичного інституту Сумського державного університету (акт упровадження від 11.03.2013 р.), на кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія МОЗ України» (акт упровадження від 26.03.2013 р.), кафедрі соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Харківського національного медичного університету (акт упровадження від 15.04.2014 р.), кафедрі охорони здоров'я, соціальної медицини та лікарсько-трудової експертизи Запорізького державного медичного університету (акт упровадження від 15.01.2014 р.), кафедрі соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету (акт упровадження від 28 березня 2014 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Автором самостійно визначені напрямок, методологія і програма проведеного наукового дослідження. Здійснено аналітичний огляд наукових джерел із проблеми, проаналізовано нормативно-правове

забезпечення якості медичної допомоги на державному рівні в Україні. Особисто розроблено інструментарій та здійснено вивчення якості й доступності надання медичної допомоги серед міського та сільського населення Сумської області України та думки медичних працівників і організаторів охорони здоров'я щодо напрямків та механізмів покращання якості медичної допомоги. Проаналізовано та оцінено отримані результати дослідження. Розроблено і науково обґрунтовано медико-соціальний механізм і модель управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я. Аргументовано основні напрямки підвищення якості медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією на первинному рівні медичної допомоги шляхом застосування побудованої моделі управління якістю медичного обслуговування; розроблено технічне завдання для створення інформаційної системи з метою покращання якості медичного обслуговування хворим артеріальною гіпертензією; проведено статистичне опрацювання матеріалу (даних амбулаторних карт та результатів опитування пацієнтів). Самостійно сформульовано усі розділи дисертації, висновки та практичні рекомендації.

Розроблені дисертантом наукові положення та одержані дані є самостійним внеском у вирішення проблеми створення дієвої і гнучкої моделі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я в сучасних умовах вдосконалення діяльності національної системи охорони здоров'я.

Результати досліджень співавторів наукових публікацій у дисертаційній роботі не використані.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали роботи та результати досліджень, викладені в дисертації, оприлюднені на:

1) *на міжнародному рівні:* на Міжнародній конференції «Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати» (2010 р., м. Київ); «Резистентність до протимікробних препаратів та її глобальне поширення» (2011 р., м. Київ); Міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій Всесвітньому дню здоров'я (2013 р., м. Київ); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичної допомоги – освіта, наука та практика» (2013 р., м. Київ); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Здоров'я населення, актуальні проблеми та перспективи розвитку системи охорони здоров'я» (2013 р., м. Харків);

2) *на державному рівні:* на V з'їзді спеціалістів із соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України (2012 р., м. Житомир); на науково-практичній конференції «Медико-соціальні питання у реформуванні сфери охорони здоров'я» (2013 р., м. Київ); на науково-практичній конференції «Стратегічні напрямки реалізації Всеукраїнської програми «Здоров'я – 2020: український вимір» (2014 р., м. Полтава); на науково-практичній конференції «Актуальні питання теоретичної та практичної медицини» (2011–2014 рр., м. Суми); на школах «Організаторів охорони здоров'я» Сумської області (2011–2012 рр., м. Суми).

**Публікації.** Результати дисертації опубліковані в 44 наукових працях, 29 з яких відображають основні наукові результати (24 статті у фахових наукових виданнях, рекомендованих МОН ДАК України та 5 публікацій в іноземних наукових журналах та у виданнях України, включених до міжнародних наукометричних баз), 11 – праці



апробаційного характеру, 4 – додатково представляють наукові результати дослідження в інших виданнях.

**Обсяг і структура роботи.** Дисертація викладена на 364 сторінках (основний зміст – 293 сторінок) і складається із вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми досліджень, 6 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (431 наукова праця, з них 340 – кирилицею, 91 – латиною). Робота ілюстрована 50 таблицями, 58 рисунками, містить 11 додатків.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

Досягнення поставленої мети – медико-соціального обґрунтування моделі управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я на основі механізму внутрішнього аудиту – потребувало послідовного вирішення цілого ряду специфічних завдань, визначення конкретних об'єктів та предметів дослідження, обґрунтування вибору зон і термінів спостереження, а також розроблення спеціальної комплексної програми дослідження з використанням системного підходу.

У роботі використана багаторівнева структуризація завдань дослідження, що забезпечило його системність, оскільки дані, одержані на попередніх етапах, логічно ставали основою не лише для подальших, а й для узагальнення кінцевих результатів та медико-соціального обґрунтування моделі управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я на основі технології з доведеною ефективністю – внутрішнього аудиту.

У *першому розділі* «Управління якістю медичної допомоги: сучасні погляди на проблему (огляд літератури)» досліджено характерні особливості трьох моделей управління якістю медичної допомоги: професійної, бюрократичної та індустріальної, в основу яких покладені різні механізми забезпечення підвищення якості медичної допомоги. Доведено, що сучасні умови функціонування систем охорони здоров'я в світі актуалізують покращання управління якістю медичної допомоги на основі індустріальної моделі. Проаналізовано основні інструменти управління якістю медичної допомоги, які умовно поділяють на кількісні статистичні (інструменти оцінювання даних, інструменти збору даних, методи аналізу і представлення даних) та якісні методи менеджменту (методи експертних технологій, інструменти планування і впровадження організаційних змін, методи оцінювання якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, внутрішній аудит, бенчмаркінг).

У *другому розділі* «Програма, предмет і основні методи наукового дослідження» на основі системного підходу була розроблена спеціальна програма.

Виконання програми дослідження проходило у сім етапів, кожний з яких потребував розв'язання конкретних завдань визначеними методами, що забезпечило можливість отримання достатньо повної інформації для оцінювання стану об'єкта та предметів, що вивчалися, й поетапного вирішення усіх поставлених у роботі завдань (рис. 1, рис. 2.).

Перший етап програми передбачав вивчення проблеми, вибір напрямку досліджень, розроблення інструментарію дослідження, генеральної сукупності, її



Умовні позначення:

ВА – внутрішній аудит;

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я;

ЯМД – якість медичної допомоги

Рис. 1. Програма та обсяги наукового дослідження

<b>МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>			
<b>Методи дослідження</b>	<b>Етапи дослідження</b>	<b>Методи дослідження</b>	<b>Етапи дослідження</b>
Системний аналіз і підхід	I–VII	Описового моделювання	V
Бібліосемантичний	I, II	Проектування інформаційно-аналітичних схем	VI
Аналізу і представлення даних	V	Логічного узагальнення	IV, V, VI
Медико-статистичний	III, VI, VII	Медико-організаційного експерименту	VI, VII
Соціологічного опитування	IV, VII		

Рис. 2. Методичний апарат дослідження

вибірки, формулювання мети та завдань, обґрунтування методів і обсягу дослідження. Так, на підставі структурно-логічного аналізу 296 вітчизняних і 88 іноземних джерел було вивчено моделі, існуючі методи та інструменти управління якістю медичної допомоги у світі. Досліджено сутність і особливості застосування механізму внутрішнього аудиту у процесах покращання якості. Були визначені етапи розвитку забезпечення якості медичної допомоги в Україні.

Другий етап дослідження передбачав аналіз механізмів забезпечення та контролю якості медичної допомоги в Україні.

Був проведений аналіз нормативно-правового забезпечення якості медичної допомоги на державному рівні та проаналізована існуюча система контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я м. Суми та Сумської області. А саме вивчено і проаналізовано комплекс заходів з оцінювання та контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, що склався відповідно до державної моделі системи охорони здоров'я в Україні (на прикладі 11 закладів охорони здоров'я м. Суми та Сумської області).

На третьому етапі було проведено аналіз стану здоров'я населення м. Суми на серцево-судинну патологію за 2008–2012 рр. На цьому етапі було проаналізовано вплив існуючої системи медичної допомоги та системи контролю якості на стан здоров'я населення м. Суми.

На четвертому етапі були проведені соціологічні дослідження: серед сільського та міського населення Сумської області та пацієнтів стаціонарних відділень щодо існуючої системи якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я та шляхів її покращання; серед організаторів охорони здоров'я і лікарів стаціонарних та поліклінічних відділень щодо мотиваційної основи забезпечення підвищення якості та задоволеності системою організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області. Для вирішення поставлених завдань застосовували соціологічний та медико-статистичний методи. Для обробки анкет було використано ліцензійний пакет програми «ОСА» (обробка соціологічних анкет), яка є комп'ютерною програмою аналізу первинної соціологічної інформації. Обробку анкет здійснювали машинним методом за спеціально розробленими програмами введення, контролю зберігання і обробки даних на мові SI. Обробка та

статистичне групування інформації здійснювалися за звичайними таблицями розподілу явищ за ознаками, вираженими в абсолютних цифрах і відсотках з оцінюванням похибки репрезентативності.

Основним завданням п'ятого етапу дослідження стало обґрунтування моделі управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, методологічним підґрунтям якої є система безперервного покращання якості медичної допомоги.

Шостий етап дослідження передбачав впровадження моделі управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (медико-організаційний експеримент), у рамках якого було обґрунтовано і сформовано обов'язкові умови для ефективного впровадження та функціонування механізму внутрішнього аудиту.

Сьомий, завершальний, етап присвячений визначенню соціальної і економічної ефективності запропонованої моделі управління якістю медичної допомоги.

Таким чином, розроблена програма дослідження, обраний методичний інструментарій і обсяги досліджень забезпечили отримання достовірних результатів, що стали основою наукового обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я.

У *третьому розділі* «Аналіз механізму забезпечення та контролю якості медичної допомоги в Україні» проведений аналіз основних історичних етапів розвитку процесів забезпечення якості медичної допомоги в Україні на основі контролю якості медичної допомоги: за радянських часів при державній (бюджетній) системі охорони здоров'я (до середини 80-х років ХХ ст.); на етапі введення нового господарського механізму (друга половина 80-х років ХХ ст.); в умовах незалежної України з появою ринкових механізмів господарювання (початок 90-х років ХХ ст. до цього часу).

Обґрунтовано, що в сучасних умовах в закладах охорони здоров'я України зі зміною парадигми ретроспективного оцінювання якості медичної допомоги на перспективне та з впровадженням системи стандартизації на принципах доказової медицини доцільним і своєчасним є практичне розроблення і впровадження системи безперервного покращення якості медичної допомоги як процесу вдосконалення клінічної практики на різних рівнях медичного забезпечення, зокрема на рівні закладу охорони здоров'я за допомогою механізму внутрішнього аудиту.

Встановлено, що в системі управління і контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я продовжує діяти командно-бюрократична система, яка відповідно до бюджетної моделі функціонуючої системи охорони здоров'я базується на механізмі ретроспективної перевірки кількісних статистичних показників діяльності закладу охорони здоров'я на всіх рівнях надання медичної допомоги. Більшість діючих нормативно-правових актів з питань проведення експертного оцінювання якості медичної допомоги морально застаріли і належать до 60–70 рр. минулого століття. Основна мета цієї моделі – виконання планових показників діяльності галузі, а не забезпечення якості медичної допомоги, тоді як громадяни країни – споживачі медичних послуг не є рівноправними учасниками процесу забезпечення якості.

З'ясовано, що в закладах охорони здоров'я м. Суми та Сумської області функціонує система внутрішнього (відомчого) контролю якості медичної допомоги

згідно з нормативно-правовими документами МОЗ України та наказами, інструкціями органів управління охорони здоров'я на регіональному і місцевому рівнях. Основним методом контролю якості медичної допомоги є медична ревізія, головною метою якої є ретроспективне оцінювання лікувально-профілактичної допомоги пацієнту, виявлення дефектів із застосуванням санкцій до винних, а сама якість медичної допомоги оцінюється в основному за допомогою кількісних показників, розроблених державною статистичною службою.

Доведено, що управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я потребує вдосконалення відповідно до сучасних потреб діяльності закладів охорони здоров'я, в яких впроваджені механізми ліцензування, акредитації, атестації кадрів, стандартизації медичної допомоги на принципах доказової медицини. Механізми забезпечення якості медичної допомоги повинні бути безпосередньо пов'язані з новими умовами функціонування галузі, ринковими відносинами, багатокладністю, а отже, з необхідністю впровадження сучасних форм внутрішнього (відомчого) контролю якості медичної допомоги на принципах безперервного процесу удосконалення якості медичної допомоги.

У четвертому розділі «Стан здоров'я населення в м. Суми» проведене, на прикладі хвороб системи кровообігу [I.00-I.99], епідеміологічне дослідження, яке виявило відсутність істотного позитивного впливу існуючої системи забезпечення якості медичної допомоги на стан здоров'я населення м. Суми, про що засвідчують отримані показники за період 2010–2012 роки, а саме:

1) показник поширеності хвороб системи кровообігу [I.00-I.99] серед населення адміністративної території за аналізований період, згідно показника темпу росту, збільшився на 4,20 % (з 613,56 до 639,32 на 1 тис. населення); у осіб працездатного віку цей показник зріс на 9,30 % (з 21,72 до 23,74 на 1 тис. населення);

2) показник захворюваності серед дорослого населення на хвороби системи кровообігу зріс на 13,2 % (з 40,26 до 45,58 на 1 тис. населення); серед осіб працездатного віку показник захворюваності на хвороби системи кровообігу зріс на 18,1 % (з 25,60 до 30,24 на 1 тис. населення);

3) показник смертності від хвороб системи кровообігу зменшився на 21,2 % (з 8,5 до 6,7 на 1 тис. населення), але серед осіб працездатного віку цей показник зріс на 52,5 % (з 0,59 до 0,90 на 1 тис. населення);

4) індекс поширеності артеріальної гіпертензії серед дорослого населення збільшився на 5,49 % (з 273,48 до 288,49 на 1 тис. населення), а серед працездатного населення – на 14,02 % (з 131,89 до 150,38 на 1 тис. населення);

5) показник захворюваності артеріальною гіпертензією зріс на 32,74 % (з 16,44 до 21,82 на 1 тис. населення), серед хворих працездатного віку спостерігається збільшення цього показника на 52,06 % (10,90 до 16,58 на 1 тис. населення);

6) кількість хворих із артеріальною гіпертензією, які перебувають під диспансерним наглядом, збільшилася на 11,94 % (з 231,75 до 259,43 на 1 тис. населення), осіб працездатного віку – на 16,75 % (з 112,36 до 131,19 на 1 тис. населення);

7) показник первинного виходу на інвалідність від хвороб системи кровообігу знизився на 11,65 % (з 10,3 до 9,1 на 10 тис. населення), але показник первинного

виходу на інвалідність хворих з артеріальною гіпертензією зріс на 35,16 % (з 0,37 до 0,5 на 10 тис. населення).

За 2012 р. спостерігається збільшення показника захворюваності від хвороб системи кровообігу у Сумській міській клінічній лікарні № 5 – на 6,50 %, у Сумській міській клінічній лікарні № 4 – на 9,00 %. Серед осіб працездатного віку за 2012 р. показник захворюваності зріс у Сумській міській клінічній лікарні № 4 – на 20,70 %, у Сумській міській клінічній лікарні № 5 – на 20,31 % (табл.1).

Таблиця 1  
Показники захворюваності на хвороби системи кровообігу (на 1 тис. населення)

	Загальний показник захворюваності серед дорослого населення			Динаміка з 2010 по 2012 рр., %	Показник захворюваності серед осіб працездатного віку			Динаміка з 2010 по 2012 рр., %
	2010	2011	2012		2010	2011	2012	
Показник у м. Сумах	40,26 ± 0,67	43,49 ± 0,69	45,58 ± 0,63	+ 13,2	25,60 ± 0,57	30,23 ± 0,85	30,24 ± 0,82	+ 18,1
СМКЛ № 4	40,43 ± 1,23	41,23 ± 1,18	44,10 ± 1,21	+ 9,0	26,94 ± 1,47	28,13 ± 1,43	32,51 ± 1,50	+ 20,7
СМКЛ № 5	28,57 ± 0,90	28,46 ± 0,88	30,43 ± 1,02	+ 6,5	22,85 ± 1,26	24,67 ± 1,23	27,49 ± 1,21	+ 20,31

У *н'ятому розділі* «Оцінка якості медичної допомоги пацієнтами та медичними працівниками закладів охорони здоров'я Сумської області за даними медико-соціологічних досліджень» виявлено, що система організації якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я потребує значного вдосконалення (рис. 3).

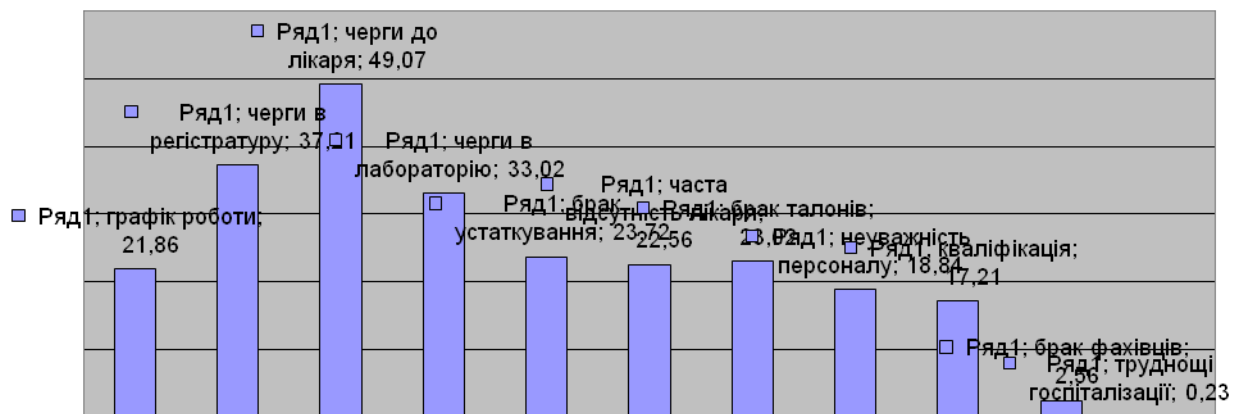


Рис. 3. Причини незадоволеності населення роботою поліклінік м. Суми, %

Виявлена велика кількість проблем, вирішення яких потребує прийняття управлінських рішень організаційного характеру на рівні закладу охорони здоров'я, що не потребують фінансових і матеріальних ресурсів: недосконалий графік роботи поліклінік ( $21,86 \pm 3,17$  %), черги до реєстратури ( $37,21 \pm 3,71$  %), черги до лікаря ( $49,07 \pm 3,83$  %), неуважність персоналу ( $18,84 \pm 2,99$  %), брак талонів до лікаря ( $23,02 \pm 3,23$  %), очікування госпіталізації у приймальному відділенні більше 3 годин ( $8,30 \pm 2,48$  %), початок лікування у стаціонарі через 3–4 години ( $16,04 \pm 3,30$  %). Виявлено істотні розбіжності в умовах організації надання медичної допомоги у різних лікувальних закладах м. Суми і Сумської області, що, наприклад, відображені у показниках незадоволеності чергами до реєстратури (коливається від 14,58 до 55,38 %); незадоволеності графіком роботи поліклініки (від 2,56 до 32,5 %) та ін.

За результатами медико-соціологічних досліджень серед лікарів та організаторів охорони здоров'я медичних закладів усіх рівнів надання медичної допомоги м. Суми і Сумської області виявлено, що 70,05 % опитаних лікарів та 60,00 % організаторів охорони здоров'я вважають, що ефективної системи управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я, де вони працюють, сьогодні не існує. У більшості закладів охорони здоров'я (88,00 %) відсутні локальні протоколи надання медичної допомоги, 85,00 % організаторів охорони здоров'я основним своїм функціональним обов'язком вбачають забезпечення закладів охорони здоров'я фінансовими та матеріально-технічними ресурсами. Лише 15,00 % організаторів охорони здоров'я зазначили, що їх основною функцією є організація умов для надання якісної медичної допомоги, 87,42% лікарів не отримують доплати за якісну працю, а 97,6 % – вважають, що в закладах охорони здоров'я потрібне впровадження ефективної системи управління якістю медичних послуг.

Результати соціологічного дослідження серед лікарів, які брали участь у дослідженні, виявили широкий діапазон мотиваційних чинників підвищення якості медичної допомоги, де основними мотиваційними чинниками, крім матеріального стимулювання (72,46%), є група моральних чинників: повага оточуючих ( $52,09 \pm 5,47$  %); моральне задоволення від якісного надання медичної допомоги ( $46,11 \pm 5,45$  %); можливість кар'єрного зростання ( $28,14 \pm 4,92$  %); професійне зростання ( $17,96 \pm 4,20$  %); відзнака керівництва ( $5,99 \pm 2,45$  %).

Дослідження показало, що пріоритетність стимулів залежить від стажу роботи лікарів (табл. 2).

Таблиця 2

Стимули для покращання якості  
медичної допомоги залежно від стажу роботи лікарів, %

Стаж роботи/Стимули	Моральне задоволення	Матеріальне стимулювання	Кар'єрне зростання	Професійне зростання	Повага людей	Відзнака керівництва
До 5 років	46,15	46,15	53,85	15,38	30,77	15,38
6–10 років	37,5	93,75	31,25	6,25	56,25	6,25
11–15 років	60	60	20	20	20	0
Більше 15	48,48	78,79	18,18	24,24	63,64	3,03

років					
-------	--	--	--	--	--

У шостому розділі «Розроблення моделі системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я» нами був досліджений вплив різних факторів на процес покращання якості медичної допомоги (причинно-наслідкових зв'язків), що дозволило впорядкувати фактори, які впливають на стан об'єкту аналізу за допомогою побудови діаграми Ісікави («скелет риби») (рис. 4).

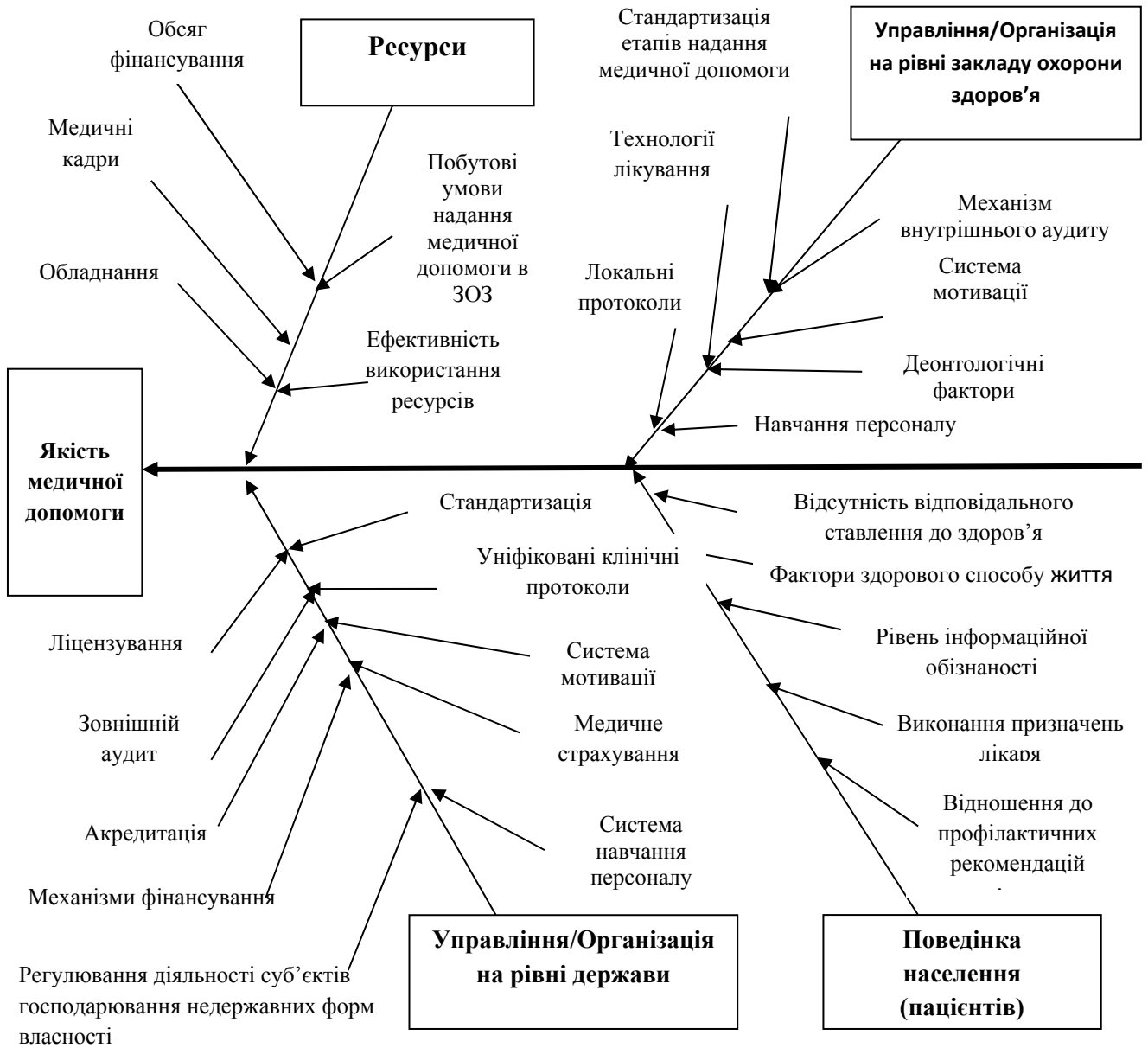


Рис. 4. Оптимізована модель системи основних факторів забезпечення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області (діаграма Ісікави)

Дослідження показало, що загальна система основних чинників, які забезпечують якість медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, складається із чотирьох груп факторів: 1) ресурси (фінансові, матеріально-технічні, кадрові); 2) державне нормативно-правове забезпечення (нормативні акти зі стандартизації, ліцензування та акредитації); 3) управління/організація на рівні



закладу охорони здоров'я (технології лікування, управління, система контролю, стандартизація та ефективне використання ресурсів); 4) ставлення споживачів медичних послуг (пацієнтів) до збереження свого здоров'я та рекомендації лікаря. Визначені фактори забезпечення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я комплексно інтегрують розвиток можливих напрямків підвищення якості медичного обслуговування.

Науково обґрунтовано за допомогою медико-соціологічного дослідження і причинно-наслідкової діаграми, що перспективним і реальним напрямом для ефективних змін у покращанні якості медичної допомоги є рівень закладу охорони здоров'я, оскільки саме заклад охорони здоров'я має сьогодні значний потенціал динамічного і гнучкого реагування на потреби та очікування пацієнтів щодо покращання якості медичної допомоги.

Дослідженням доведено, що на сучасному етапі реформування сфери охорони здоров'я в Україні своєчасним є питання розроблення системи управління і контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, в основу якої покладені принципи сучасного менеджменту та впровадження механізму внутрішнього аудиту як головного інструменту системи безперервного покращання якості медичної допомоги.

За результатами дослідження розроблено системну класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу і перевірки для підвищення ефективності практичного впровадження механізму внутрішнього аудиту (рис. 5).

Внутрішній аудит діяльності закладів охорони здоров'я складається з: 1) аудитів структури: фінансово-економічний аудит, аудит кадрів, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації; 2) аудитів процесу: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит ефективності впровадження медичних технологій; 3) аудитів результату: аудит задоволеності пацієнтів та медичних працівників, аудит ефективності медичної допомоги.

Розроблено модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту, що передбачає проведення циклічної оцінки та покращання якості. Базовими елементами моделі є умовно-постійна складова (нормативно-методологічна компонента, мотиваційна компонента, створення сприятливого середовища в закладі охорони здоров'я) та умовно-змінна складова (циклічний процес із покращання якості медичної допомоги) (рис. 6).

Важливо акцентувати увагу на тому, що умовно-постійна складова формує обов'язкові умови для впровадження моделі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я і розробляється та впроваджується для функціонування механізму внутрішнього аудиту в закладі, а також постійно підтримується і оновлюється з урахуванням змін державної нормативно-правової бази, ринкових умов, змін у суспільстві в цілому та ін. Нормативно-методологічна компонента містить: накази МОЗ та закладу охорони здоров'я, розроблення методичних рекомендацій, формування локальних клінічних протоколів медичної допомоги з маршрутом пацієнта, стандартизацію різноманітних процесів діяльності закладу охорони здоров'я. Мотиваційна складова передбачає створення системи

матеріального та морального заохочення за надання якісної медичної допомоги та участь медичних працівників у процесах покращання якості медичної допомоги.

Створення сприятливого середовища в закладі охорони здоров'я для впровадження моделі управління якістю медичної допомоги є однією з головних умов її ефективного функціонування і базується насамперед на ініціативності та зацікавленості керівництва, організації навчання медичних працівників, проведення у колективі роз'яснювальної роботи щодо цілей та принципів концепції безперервного покращання якості медичної допомоги (створення атмосфери доброзичливості, конфіденційності, відсутності покарання) та ін.

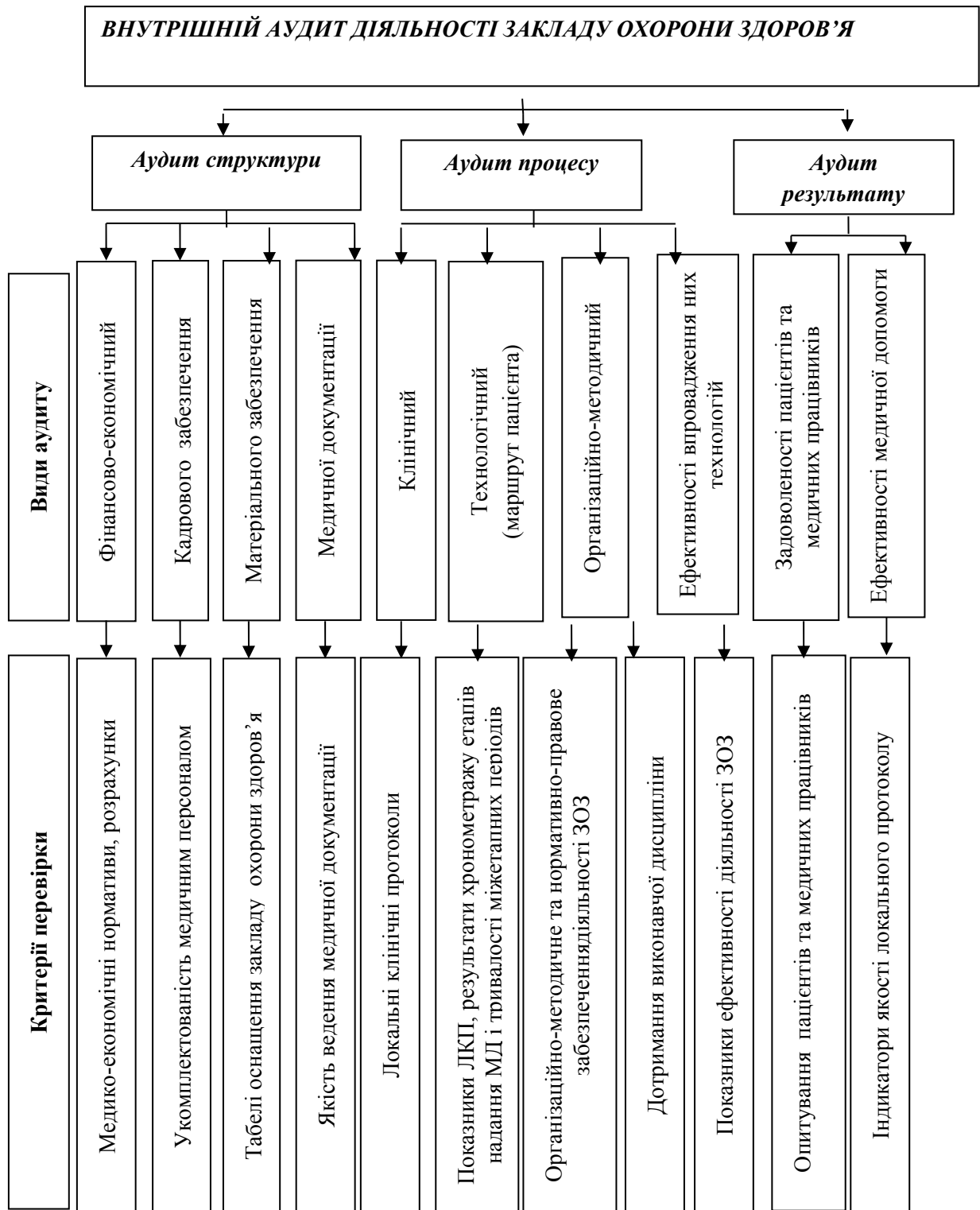


Рис. 5. Види внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я за критеріями їх аналізу

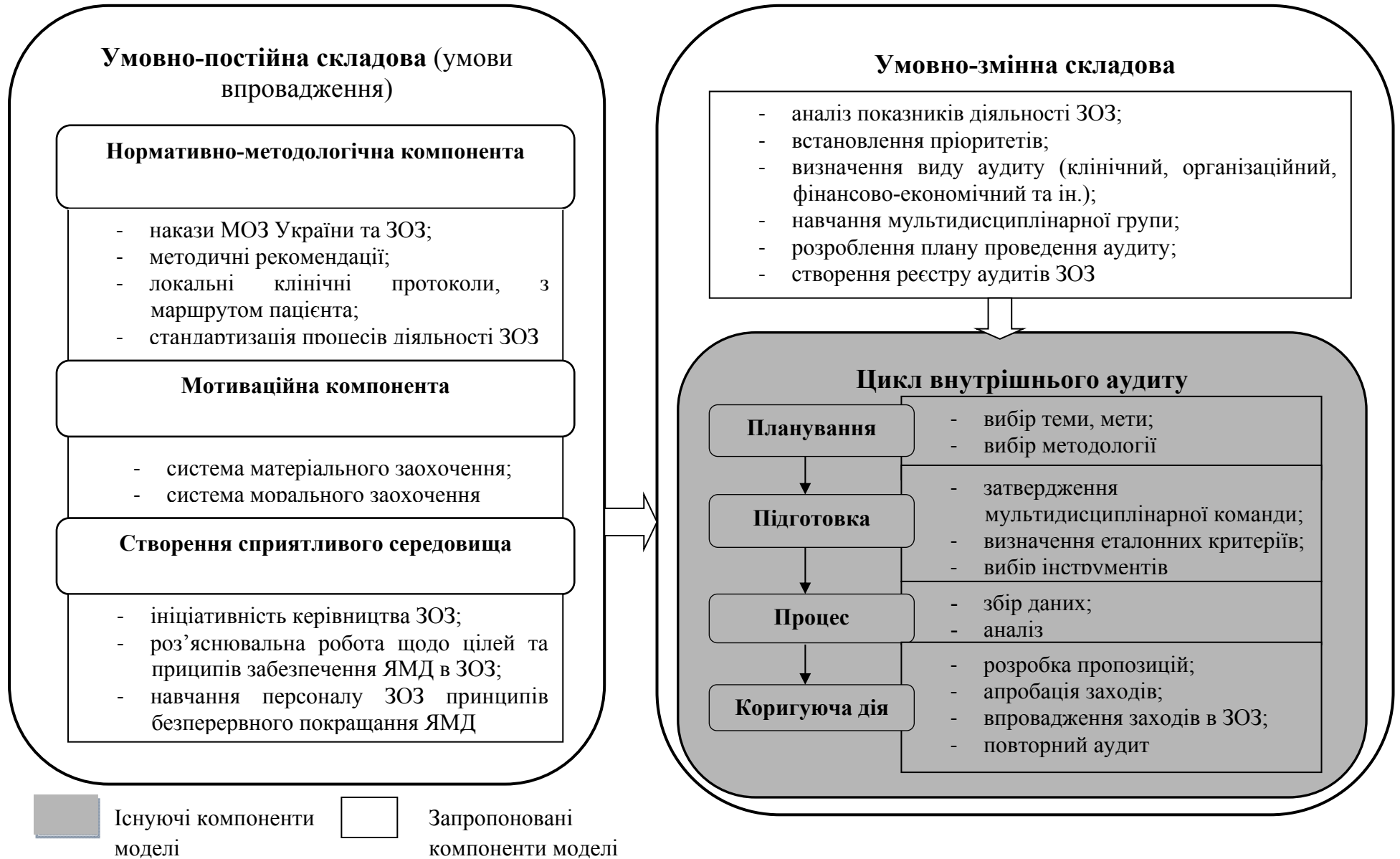


Рис.6. Модель управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я на основі внутрішнього аудиту

Встановлено, що саме на базі умовно-постійної складової моделі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я стає можливим ефективно функціонування та розвиток умовно-змінної складової моделі, що і дозволило опрацювати та запропонувати практичній охороні здоров'я алгоритм послідовних дій, які є обов'язковими під час проведення різних видів внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я, а саме:

- моніторинг показників діяльності закладу охорони здоров'я;
- встановлення пріоритетів;
- визначення виду аудиту (клінічний, організаційний та ін.);
- навчання мультидисциплінарної групи;
- розроблення плану проведення аудиту;
- формування реєстру аудитів закладу охорони здоров'я.

Аналіз показників діяльності закладу охорони здоров'я передбачає оцінку стану й динаміки основних параметрів діяльності медичного закладу. Пріоритети у тематиці внутрішнього аудиту встановлюються, виходячи з результатів діяльності закладу охорони здоров'я, стану здоров'я населення, що обслуговується, даних статистичних звітів, результатів моніторингу задоволеності пацієнтів та ін. Після встановлення мети, визначаються вид (напрямок) та об'єкт (одиниці дослідження) аудиту і складається поетапний план проведення внутрішнього аудиту, в якому визначаються основні заходи й термін проведення аудиту. Залежно від якості сформованої нормативно-методологічної бази на основі стандартизації процесів діяльності закладу охорони здоров'я, мотиваційних механізмів управління якістю медичної допомоги та рівня сприятливості середовища у колективі до безперервного покращання медичного обслуговування визначаються рівень і діапазон оперативної дії умовно-змінної складової.

Аргументовано, що в основу циклу внутрішнього аудиту покладений принцип етапності його проведення в закладі охорони здоров'я, а саме: планування (вибір теми, вибір методології) і підготовка (створення мультидисциплінарної команди, визначення еталонних критеріїв, вибір інструментів), а також процес аудиту (збір даних, аналіз інформації); коригуючи дія (розроблення пропозицій, апробація заходів, впровадження заходів, аналіз ефективності, повторний аудит) та прийняття управлінських рішень за його результатами, що мають на меті поліпшення існуючого рівня якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Вмотивовано, що до заходів з покращання наявної медичної практики в контексті якості медичної медодопомоги населенню доцільно віднести:

1) заходи, що сприяють поліпшенню функціонування системи або організації послуг (надання необхідних ресурсів, встановлення оптимальних режимів роботи діагностично-консультативних кабінетів, скорочення дублювання послуг, спостереження за процесом роботи, встановлення еталонів найкращих практик і контроль за їх виконанням);

2) заходи, що сприяють покращанню задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою (поліпшення доступності медичної допомоги, поширення знань пацієнтів про контроль свого самопочуття);

3) заходи, що сприяють покращанню процесів праці медичних працівників (заохочення за високу якість наданої медичної допомоги).

На етапі апробації опрацьованої моделі запропоновані заходи впроваджуються в одному зі структурних підрозділів закладу охорони здоров'я з метою виявлення позитивних або негативних наслідків системного впровадження певного заходу в закладі охорони здоров'я.

Наступним етапом у моделі є аналіз ефективності впроваджень і проведення повторного аудиту для підтримання безперервності вдосконалення процесів надання медичної допомоги. За результатами проведеного внутрішнього аудиту формується реєстр аудитів у закладі охорони здоров'я і приймається рішення про необхідність проведення повторного аудиту.

Розроблена модель є універсальною для впровадження в медичних закладах первинного, вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги і їх структурних підрозділів.

У сьомому розділі «Упровадження моделі системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я» представлений процес та результат проведення організаційного експерименту щодо впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту в поліклінічних відділеннях Сумської міської клінічної лікарні № 4 і Сумської міської клінічної лікарні № 5 з метою покращання якості медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією [I.10-I.19], які знаходилися на диспансерному обліку. Загальна схема проведення внутрішнього аудиту якості медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією на первинному рівні показана на рис. 7. Основою нормативно-правової бази управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я м. Суми стали розроблені нами «Програма забезпечення безперервного підвищення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я» та «План заходів» з впровадження Програми, який передбачав:

1) проведення занять із медичним персоналом щодо принципів системи безперервного покращання якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я та внутрішнього аудиту в кожному структурному підрозділі;

2) розроблення методичних рекомендацій з впровадження механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я;

3) призначення відповідального керівника на рівні заступника головного лікаря та відповідальних осіб з якості медичної допомоги у структурних підрозділах;

4) розроблення внутрішніх стандартів надання медичної допомоги у кожному підрозділі закладу (за допомогою розроблення локальних протоколів, методів хронометражу, анкетування, бенчмаркінгу та ін.);

5) розроблення індикаторів оцінки якості медичної допомоги за кожним структурним підрозділом і організацією в цілому зі встановленням граничних значень для кожного індикатора;

6) затвердження плану тем внутрішнього аудиту на один рік у закладі охорони здоров'я і структурних підрозділах із формуванням мультидисциплінарних груп за кожною темою внутрішнього аудиту;

7) розроблення мотиваційного механізму участі у внутрішньому аудиті медичного персоналу та системи стимулів до поліпшення показників діяльності працівників закладу охорони здоров'я.

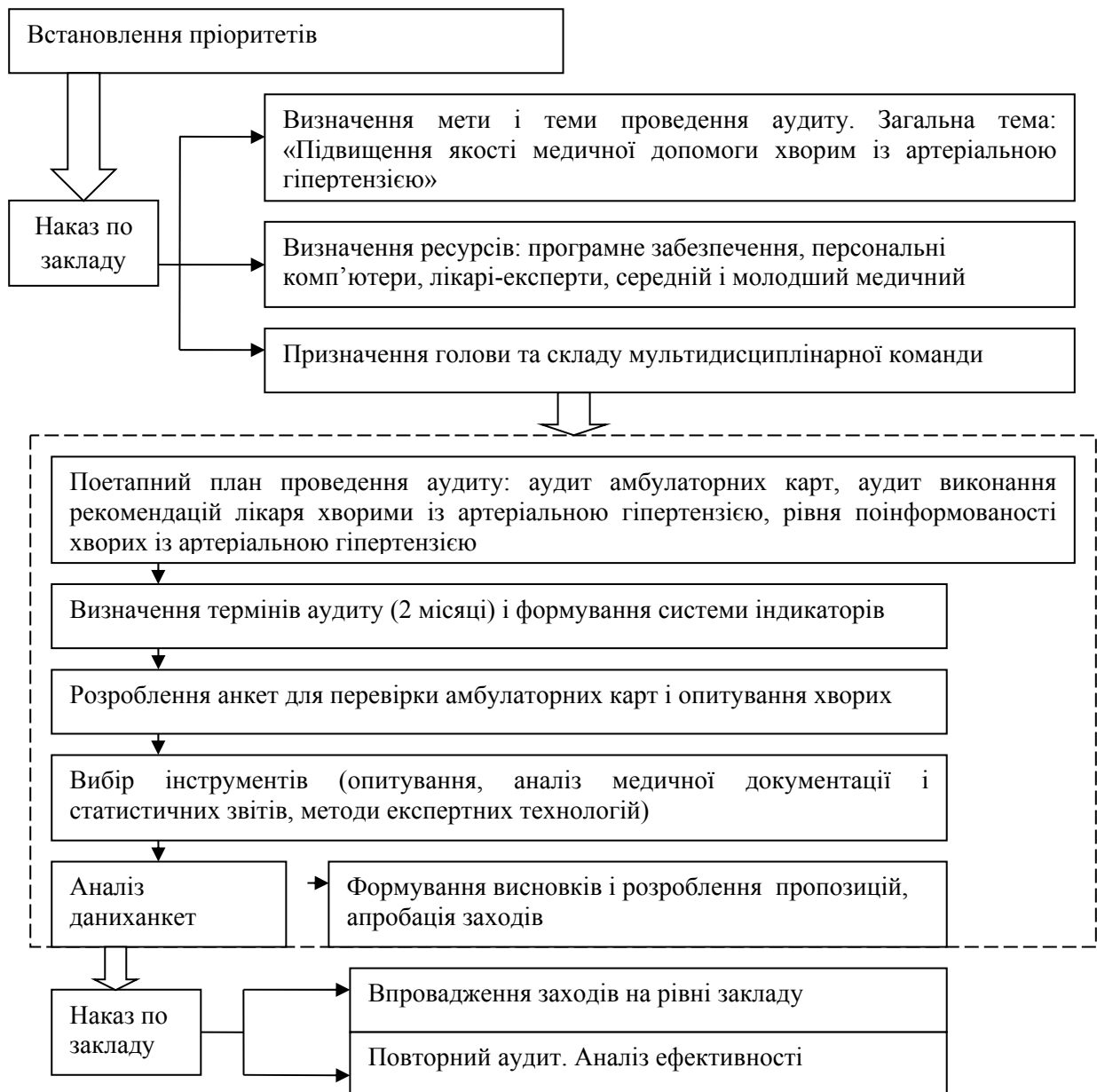


Рис. 7. Загальна схема проведення внутрішнього аудиту якості медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією

План проведення аудиту складався із двох частин: аудиту первинної медичної документації хворих з артеріальною гіпертензією (Медичні карти амбулаторних хворих (о.ф. № 025/о) та Контрольні карти диспансерного нагляду (о.ф. № 030/о) та аудиту рівня поінформованості хворих про перебіг хвороби та ризику, виконання рекомендацій лікаря й аналіз рівня артеріального тиску.

Метою аудиту медичної документації є виявлення та аналіз відповідності наявної інформації в первинній документації хворих із артеріальною гіпертензією вимогам локального протоколу надання медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією згідно з Наказом МОЗ України № 384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії», аналіз їх виконання та перевірка виконання додаткових показників якості медичної допомоги, затверджених

мультидисциплінарною групою; надання рекомендацій з покращання якості медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією.

Метою опитування диспансерних хворих із артеріальною гіпертензією є визначення рівня задоволеності медичною допомогою, виконання заходів із профілактики, лікувальних рекомендацій лікаря та використання отриманої інформації для покращання якості медичної допомоги.

Результати проведеного аудиту Медичних карт амбулаторних хворих (о.ф. № 025/о) дозволили виявити недоліки та резерви для поліпшення якості медичної допомоги: локальні протоколи мали лише 60,00 % лікарів загальної практики – сімейних лікарів; не проводилося на рекомендованому рівні динамічне спостереження за станом хворих із артеріальною гіпертензією (диспансерні огляди двічі на рік проведені лише в  $40,96 \pm 3,54$  % хворих); рекомендації щодо модифікації способу життя отримали лише  $40,05 \pm 3,54$  % пацієнтів; лише 2/3 хворих мали в Медичних картах амбулаторних хворих (о.ф. № 025/о) результати лабораторних та інструментальних методів дослідження в повному обсязі;  $18,98 \pm 2,82$  % хворих не проходили жодних лабораторних обстежень, а  $21,97 \pm 2,98$  % – жодних інструментальних обстежень; у  $17,94 \pm 2,76$  % Медичних картах амбулаторних хворих (о.ф. № 025/о) відсутні дані про фактори ризику. Цільовий рівень артеріального тиску досягнуто в  $14,04 \pm 2,50$  % хворих.

Аналіз даних опитування хворих із артеріальною гіпертензією, які перебували на диспансерному обліку в лікаря загальної практики – сімейного лікаря, показав що:

- 1) хворі із артеріальною гіпертензією, які перебувають на диспансерному обліку, обізнані з перебігом своєї хвороби та з заходами з профілактики та ризиками ( $97,18 \pm 0,74$  %);
- 2)  $37,09 \pm 2,16$  % опитаних нерегулярно контролюють тиск, а  $8,27 \pm 1,22$  % взагалі не вимірювали артеріального тиску в 2012 р.; нерегулярно приймають ліки  $52,30 \pm 2,22$  % хворих, а кожний п'ятий не приймає ліки взагалі; не відвідують лікаря загальної практики – сімейного лікаря з профілактичною метою  $32,00 \pm 2,08$  % опитаних диспансерних хворих;
- 3) основними причинами нерегулярного приймання ліків і контролю тиску є такі: «забувають» ( $48,34 \pm 2,22$  %) або «не бажають лікуватися» ( $14,06 \pm 1,54$  %);
- 4) основною причиною гіпертонічних кризів більшість хворих називають стреси ( $50,96 \pm 2,22$  % хворих);
- 5) майже всі опитані зазначили, що їм виписували безкоштовні рецепти на антигіпертензійні препарати, але  $37,24 \pm 2,08$  % не використали їх за призначенням з причини: «забуваю» –  $66,66 \pm 2,10$  %; «не маю часу» –  $13,72 \pm 1,52$  %, «приймаю інші ліки» –  $19,62 \pm 1,76$  %;
- 6) на час відвідування у  $65,13 \pm 2,12$  % хворих був підвищений артеріальний тиск.

За результатами внутрішнього аудиту впроваджені запропоновані заходи щодо підвищення якості медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією:

- забезпечено лікарів загальної практики – сімейних лікарів локальними протоколами надання медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією;



- забезпечено диспансерних хворих із артеріальною гіпертензією «Журналом спостережень», що складається з таких розділів: щоденника самоконтролю артеріального тиску; пам'ятки щодо факторів ризику та профілактичних заходів; дієтичних рекомендацій щодо правильного вибору продуктів харчування; щоденника самоконтролю приймання ліків;

- розроблено та впроваджено в амбулаторні картки хворих з артеріальною гіпертензією «листа-вкладки» для фіксації: діагнозу, факторів ризику, дати диспансерного огляду, показника «дата/тиск», проведення профілактичної бесіди, стратифікації ризику, відмітки про отримання «Журналу спостережень»;

- для покращання доступності та якості медичної допомоги організовано кабінет для вимірювання артеріального тиску в поліклініках; у графіку роботи поліклінік передбачений час для прийому диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією; для цієї категорії хворих у реєстратурі зарезервовані талони на консультації до вузьких фахівців, кабінетів функціональної діагностики та ультразвукового дослідження;

- опрацьовано механізми мотивації для лікарів загальної практики - сімейних лікарів та медичних сестер для повного виконання вимог локальних протоколів щодо профілактики, обстеження, лікування хворих з артеріальною гіпертензією;

- розроблено та впроваджено технології нагадування диспансерним хворим один раз на тиждень у телефонному режимі середнім медичним персоналом про: а) час профілактичного візиту до поліклініки; б) необхідність регулярного приймання ліків; в) необхідність контролю артеріального тиску; г) необхідність обстеження та отримання консультацій;

- розроблено технічні умови та систему зворотнього зв'язку для створення програми нагадування за допомогою SMS-повідомлень, для чого у пацієнтів були отримані згоди на використання їхніх персональних даних (номерів мобільних телефонів);

- посилено інформаційно-роз'яснювальну діяльність щодо Постанови КМУ від 25 квітня 2012 р. № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» серед широких верств населення із залученням ЗМІ, проведення круглих столів та ін.);

- у проведенні постійної роз'яснювальної роботи зробити акцент на роботі з членами родин хворих з артеріальною гіпертензією щодо факторів ризику, особливо звертати увагу на взаємовідносини у родині, небезпеку стресів, необхідність модифікації способу життя.

Окрім покращання доступності медичних послуг, ми розробили і впровадили алгоритм дій створення інформаційно-аналітичної системи оповіщення хворих з артеріальною гіпертензією на первинному рівні надання медичної допомоги (рис. 8): виявлення проблеми; отримання згоди пацієнтів на використання їх персональних даних; встановлення зручного часу для інформування хворих; створення реєстру цих хворих з артеріальною гіпертензією з номерами мобільних телефонів; створення інформаційної технології нагадування (SMS-повідомлення); розроблення тексту: «Шановний пацієнте, будь ласка, виміряйте артеріальний тиск та прийміть ліки. Ваш лікар»; визначення періодичності інформування (загальний період нагадування

– 6 місяців): 1-й місяць – нагадування через один день; 2-й місяць – інформування двічі на тиждень; 3–6-й місяці – нагадування один раз на тиждень.

Наступним етапом дослідження було створення автоматизованої системи оповіщення пацієнтів із підтримкою двостороннього спілкування (онлайн-системи запитань-відповідей про стан здоров'я) та розроблення спеціальної анкети-опитувальника, що містить запитання про стан здоров'я, умови життя і харчування, періодичність контролю тиску, прийняття ліків, рекомендації щодо покращання якості медичної допомоги. Пацієнтам система надає можливість поставити запитання, консультуватися зі своїм лікарем загальної практики – сімейним лікарем. Розроблений алгоритм передбачає реалізацію двостороннього спілкування з пацієнтами і містить такі дві складові (етапи функціонування системи): повідомлення – нагадування пацієнтові про необхідність виконання певних дій з лікувальною метою, а також відповідь на дане повідомлення з подальшим обліком даних. У системі передбачено можливість виконувати аналіз повідомлень пацієнтів для відповідної медичної реакції зі створенням бази даних та виконанням статистичної обробки. Після статистичної обробки інформація передається лікарю загальної практики – сімейному лікарю і до аналітичного центру закладу охорони здоров'я, де накопичується й аналізується експертами з метою прийняття управлінського рішення на рівні структурного підрозділу.



Рис. 8. Інформаційно-аналітична система нагадування хворим із артеріальною гіпертензією і зворотнього зв'язку з лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

У восьмому розділі «Оцінка ефективності впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту для хворих з артеріальною гіпертензією» представлені результати повторного аудиту, проведеного через рік, та проаналізована ефективність впроваджень.

Результати виконання індикаторів локального клінічного протоколу з артеріальної гіпертензії надані в табл. 3.

Таблиця 3

Результати виконання індикаторів локального клінічного протоколу медичної допомоги хворим з артеріальною гіпертензією [I.10-I.19]

№ п/п	Індикатори ЛПМД з артеріальної гіпертензії	Дані амбулаторних карт пацієнтів, %		Різниця, %
		2012 р.	2013 р.	
1	Пацієнти, яким надані рекомендації щодо модифікації стилю життя та «Інформаційний лист пацієнта» (%)	40,05± 3,54	63,26± 4,22	+23,21
2	Пацієнти, які мають цільовий рівень артеріального тиску (%)	14,04± 2,50	38,55± 4,26	+ 24,51
3	Пацієнти, для яких отримано інформацію про медичний стан упродовж звітного року (%)	85,95± 2,50	96,47± 1,62	+10,52

Доведено, що відсоток пацієнтів, яким, за даними перевірки Медичних карт амбулаторного хворого (о.ф. № 025/о), надані рекомендації щодо модифікації стилю життя та «Інформаційний лист пацієнта» склав  $63,26 \pm 4,22$  %, що на 23,21 % більше порівняно з показником дослідження 2012 р.; тоді як інформація про медичний стан пацієнтів наявна у  $96,47 \pm 1,62$  % Медичних карт амбулаторного хворого (о.ф. № 025/о) (дослідження 2012 р. –  $85,95 \pm 2,50$  %). Частка пацієнтів, які мають цільовий тиск, збільшився на 24,51 % і становила  $38,55 \pm 4,26$  %. Мають локальні клінічні протоколи ведення хворих з артеріальною гіпертензією 100,00 % лікарів загальної практики – сімейних лікарів.

При повторній перевірці якості ведення первинної медичної документації диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією виявлено, що майже за усіма індикаторами, що були затверджені мультидисциплінарною командою, спостерігається покращання їх виконання (табл. 4).

Встановлено, що частка пацієнтів, в Медичних картах амбулаторного хворого (о.ф. № 025/о) яких наявна інформація про стратифікацію ризику, збільшилася на 20,29 %, про вимірювання артеріального тиску під час кожного відвідування поліклініки – на 27,35 %. Інформація про дворазові диспансерні огляди за один рік наявна у  $84,12 \pm 3,21$  % Медичних картах амбулаторного хворого (о.ф. № 025/о) проти  $40,96 \pm 3,54$  % (2012 р.).

Динаміка змін показників-індикаторів та стану здоров'я, за даними опитування диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією, свідчить, що відсоток пацієнтів, які регулярно вимірюють артеріальний тиск, збільшився на 31,00; кількість гіпертонічних кризів зменшилася на 17,82 %; зменшилася кількість викликів лікаря

загальної практики – сімейного лікаря (із  $12,03 \pm 1,44$  % до  $3,80 \pm 0,86$  %) та викликів машини екстреної медичної допомоги у зв'язку із загостреннями хвороби (з  $5,00 \pm 0,98$  % до  $2,04 \pm 0,65$  %); диспансерні хворі з артеріальною гіпертензією у 2013 р. стали активніше відвідувати лікаря загальної практики – сімейного лікаря з профілактичною метою: кількість хворих, які відвідували свого лікаря двічі і більше впродовж періоду, що аналізувався, збільшилася на 18,24 %, один раз на рік – на 15,51 %, а кількість хворих, які жодного разу не відвідали поліклініку з профілактичною метою, зменшилася на 23,84 %. При повторній оцінці індикаторів відмічено, що кількість хворих з підвищеним артеріальним тиском зменшилася на 21,16 %.

Таблиця 4

Результати перевірки виконання показників якості медичної допомоги в Медичних карт амбулаторного хворого (о.ф. № 025/о) хворих з артеріальною гіпертензією, затверджених мультидисциплінарною командою

№ з/п	Назва додаткових індикаторів якості медичної допомоги серед пацієнтів стосовно	Дані Медичних карт амбулаторного хворого (о.ф. № 025/о) (%)		Показник темпу приросту / зменшення (%)	Коефіцієнт достовірності (t)
		2012 р.	2013 р.		
1	Наявного запису про фактори ризику (%)	82,06±2,76	94,34±2,02	+12,28	3,59
2	Даних про ураження органів-мішеней (%)	53,97±3,60	69,32±4,04	+15,35	2,84
3	Інформації про супутні захворювання (%)	77,63±3,01	92,11±2,36	+14,48	3,79
4	Відомостей про стратифікацію ризику (%)	52,02±3,60	72,31±3,97	+20,29	3,78
5	Консультацій упродовж звітного року (%):				
	- - лікар-офтальмолога;	52,93±3,60	55,06±4,36	+2,13	0,38
	- - лікаря-кардіолога;	49,93±3,60	59,72±4,31	+9,79	1,75
	- - лікаря-невропатолога;	39,01±3,52	42,36±4,35	+3,35	0,60
	- лікаря-ендокринолога.	27,96±3,24	14,41±3,08	-13,55	3,03
6	Даних про вимірювання артеріального тиску під час кожного відвідування поліклініки (%)	71,01±3,28	98,36±1,13	+27,35	7,88
7	Запису про щонайменше два диспансерні огляди упродовж звітного року (%)	40,96±3,54	84,12±3,21	+ 43,16	9,03

Результати аналізу економічної ефективності впровадження запропонованої моделі управління якістю медичної допомоги показав, що загальна сума економії в закладах первинної медико-санітарної допомоги, на базі яких проведено дослідження, становила 157,1 тис. грн. За умови поширення застосування моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту для хворих з

артеріальною гіпертензією на первинному рівні надання медичної допомоги для всіх пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я м. Суми, прогнозована економія бюджетних коштів становитиме 1,7 млн.грн.

Таким чином, запропонована модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту спрямована на впровадження системи безперервного покращання якості медичної допомоги, адаптації діяльності медичних закладів до нових умов функціонування сфери охорони здоров'я та поліпшення здоров'я населення.

## ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціологічним дослідженням встановлено недосконалість існуючої системи управління і контролю якості медичної допомоги на рівні закладів охорони здоров'я та невідповідність її механізмів стратегії ВООЗ щодо безперервного підвищення якості медичної допомоги та Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні проголошеної на період до 2020 року. Вирішення цієї проблеми потребувало обґрунтування та розроблення якісно нової моделі управління якістю медичної допомоги на рівні закладів охорони здоров'я на основі внутрішнього аудиту як безперервного процесу покращання якості, впровадження якої в систему охорони здоров'я медичних закладів Сумської області довело її медичну, соціальну та економічну ефективність.

1. Доведено, що на сучасному етапі реформування сфери охорони здоров'я в Україні існуючий механізм ретроспективного контролю якості медичної допомоги є неефективним, і актуальним є питання розроблення системи управління і контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я, в основу якої покладені принципи сучасного менеджменту і впровадження механізму внутрішнього аудиту як головного інструменту системи безперервного поліпшення якості медичної допомоги.

2. Досліджено, що в системі внутрішнього (відомчого) контролю якості медичної допомоги на рівні закладів охорони здоров'я м. Суми та Сумської області продовжує діяти командно-бюрократична система контролю якості медичної допомоги, яка відповідно до бюджетної моделі охорони здоров'я базується на системі ретроспективної перевірки кількісних статистичних показників діяльності закладів охорони здоров'я на всіх рівнях надання медичної допомоги.

3. Встановлено, що за останні три роки (2010–2012 рр.) показник поширеності хвороб системи кровообігу населення м. Суми зріс на 4,20 %; в осіб працездатного віку – на 9,30 %; показник захворюваності на хвороби системи кровообігу зріс на 13,2 %; серед осіб працездатного віку – на 18,1 %; показник смертності серед осіб працездатного віку зріс на 52,5 %. Показник поширеності артеріальної гіпертензії серед дорослого населення збільшився на 5,49 %, а серед працездатного населення – на 14,02 %; показник захворюваності на артеріальну гіпертензію зріс на 32,74 %; серед хворих працездатного віку спостерігається збільшення цього показника на 52,06 %; показник первинного виходу на інвалідність від артеріальної гіпертензії зріс на 35,16 %.

4. Виявлено за результатами медико-соціологічного дослідження серед пацієнтів та населення м. Суми, що головними організаційними чинниками низької якості медичної допомоги були: недосконалий графік роботи поліклінік ( $21,86 \pm 3,17$  %), черги до реєстратури ( $37,21 \pm 3,71$  %), черги до лікаря ( $49,07 \pm 3,83$  %), неуважність персоналу ( $18,84 \pm 2,99$  %), брак талонів до лікаря ( $23,02 \pm 3,23$  %), очікування госпіталізації у приймальному відділенні більше 3 годин ( $8,30 \pm 1,24$  %), початок лікування у стаціонарі через 3–4 години ( $16,04 \pm 1,65$  %) та ін. Обґрунтовано, що вирішення цих проблем потребує прийняття управлінських рішень організаційного характеру на рівні закладу охорони здоров'я та не потребує фінансових і матеріальних ресурсів.

5. Аргументовано, що 70,05 % опитаних лікарів терапевтичного і хірургічного профілю та 60,00 % організаторів охорони здоров'я медичних закладів усіх рівнів надання медичної допомоги м. Суми та Сумської області вважають, що ефективної системи управління якістю і мотивації лікарів до якісного надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я сьогодні не існує. Основними мотиваційними чинниками підвищення якості медичної допомоги, крім матеріального стимулювання, за даними дослідження, є група моральних факторів: повага оточуючих ( $52,09 \pm 5,46$  %), моральне задоволення від якісного надання медичної допомоги ( $46,11 \pm 5,46$  %), можливість кар'єрного зростання ( $28,14 \pm 4,92$  %), професійне зростання ( $17,96 \pm 4,20$  %), відзнака керівництва ( $5,99 \pm 2,60$  %). Дослідження показало, що пріоритетність стимулів залежить від стажу роботи лікарів, а результати соціологічного опитування довели, що  $97,6 \pm 1,67$  % респондентів вважають, що у закладах охорони здоров'я потрібне впровадження ефективної системи управління надання якісних медичних послуг.

6. Розроблено модель управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я на основі циклу внутрішнього аудиту та нових компонентів моделі, що включають умовно-постійну складову моделі (нормативно-методологічна база на основі стандартизації процесів надання медичної допомоги, створення системи матеріального та морального заохочення медичних працівників за надання якісної медичної допомоги та участь у процесах покращання якості медичної допомоги, створення сприятливого середовища в колективі щодо принципів реалізації концепції безперервного покращання якості медичної допомоги) та умовно-змінну складову моделі (аналіз показників діяльності закладів охорони здоров'я, встановлення пріоритетів, визначення виду аудиту, навчання мультидисциплінарної групи, розроблення плану та терміни проведення аудиту, створення реєстру аудитів закладу охорони здоров'я).

7. Розроблено системну класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу і перевірки для підвищення ефективності практичного впровадження механізму внутрішнього аудиту, а саме: 1) аудитів структури: фінансово-економічний аудит, аудит кадрів, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації; 2) аудитів процесу: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит ефективності впровадження медичних технологій; 3) аудитів результату: аудит думки пацієнтів та медичних працівників, аудит ефективності медичної допомоги.

8. Результати впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту для покращання медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією в поліклінічних відділеннях закладів охорони здоров'я м. Суми дозволили виявити недоліки та резерви для поліпшення її якості для цієї категорії хворих. Виявлено, що у порівнянні з критеріями якості та індикаторами уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги з артеріальною гіпертензією (Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384) рекомендації щодо модифікації способу життя отримали лише  $40,05 \pm 3,54$  % пацієнтів;  $18,98 \pm 2,82$  % хворих не проходили жодних лабораторних обстежень, а  $21,97 \pm 2,98$  % – жодних інструментальних обстежень; у  $7,94 \pm 2,76$  % амбулаторних картках відсутні дані про фактори ризику; диспансерні огляди двічі на рік були проведені в  $40,96 \pm 3,54$  % хворих; цільовий рівень артеріального тиску досягнуто у  $14,04 \pm 2,50$  % хворих. Аналіз результатів опитування хворих із артеріальною гіпертензією, що перебувають на диспансерному обліку, виявив, що більшість пацієнтів нерегулярно приймають ліки ( $52,03 \pm 2,22$  %), нерегулярно контролюють тиск ( $37,09 \pm 2,16$  %), взагалі не вимірюють артеріальний тиск ( $8,27 \pm 1,22$  %). Виявлені проблеми у забезпеченні належної якості медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію на рівні закладу охорони здоров'я засвідчили необхідність її удосконалення на основі розробленої моделі управління якістю медичної допомоги. За результатами внутрішнього аудиту розроблені пропозиції та впроваджені заходи щодо підвищення якості медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією.

9. Соціальна ефективність впровадженої моделі управління якістю медичної допомоги на прикладі поліклінічних відділень закладів охорони здоров'я м. Суми підтверджена результатами лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією: відсоток пацієнтів, які досягли цільового артеріального тиску, збільшився на  $24,51$  % і становив  $38,55 \pm 4,26$  %; відсоток пацієнтів, які регулярно вимірюють артеріальний тиск, збільшився на  $31,00$  %; кількість гіпертонічних кризів зменшилася на  $17,82$  %; кількість хворих з підвищеним артеріальним тиском зменшилася на  $21,16$  %; використання рецептів на ліки з частковим відшкодуванням коштів збільшилося на  $29,59$  %.

10. Економічна ефективність від впровадження запропонованої моделі управління якістю медичної допомоги підтверджена зменшенням кількості ускладнень у хворих, які потребують стаціонарного лікування, на  $3,16$  % і зменшенням кількості викликів екстреною медичною допомогою у  $2,5$  рази. Загальна сума економії в закладах первинної медико-санітарної допомоги, на базі яких проведене дослідження, становила  $157,1$  тис. грн.

11. Розроблено і вперше впроваджено інформаційно-аналітичну систему нагадування хворим з артеріальною гіпертензією і зворотнього зв'язку з лікарем загальної практики – сімейним лікарем (система сповіщення пацієнтів із підтримкою двостороннього спілкування), що дозволяє інтерактивно супроводжувати хворого у процесі лікування.

12. Запропоновано і впроваджено модель управління якістю медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я на основі механізму внутрішнього аудиту із використанням нових інструментів управління якістю (зокрема побудови причинно-наслідкової діаграми Ісікави), що забезпечують принцип безперервного покращання

якості медичної допомоги, адаптацію діяльності закладів охорони здоров'я до нових умов функціонування галузі та поліпшення здоров'я населення. Доведена ефективність розробленої моделі управління якістю медичної допомоги на прикладі поліклінічних відділень закладів охорони здоров'я м. Суми при наданні медичної допомоги хворим із артеріальною гіпертензією дозволяє рекомендувати її для широкого впровадження в закладах охорони здоров'я України всіх рівнів.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Отримані результати наукового дослідження дозволяють рекомендувати:

### 1) МОЗ України:

- для розроблення заходів щодо реалізації реформи медичного обслуговування, що дозволить забезпечити умови для організації системи внутрішнього контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я на основі сучасних інструментів управління;

- при розробленні штатних нормативів доцільно передбачити введення заступників головного лікаря та створення рад із забезпечення якості надання медичної допомоги;

- удосконалити нормативну базу щодо впровадження сучасних медичних технологій управління, зокрема, внутрішнього аудиту, ІТ-технологій для хворих на хронічні неінфекційні захворювання на первинному рівні надання медичної допомоги;

- внести зміни до програм і планів додипломної та післядипломної підготовки медичних кадрів щодо сучасних методів та інструментів управління якістю медичної допомоги;

### 2) управлінням охорони здоров'я обласних, міських, районних державних адміністрацій, головним лікарям обласних, міських та центральних районних лікарень:

- вирішувати питання удосконалення системи управління якістю медичної допомоги за допомогою проведення внутрішнього аудиту;

- застосовувати в процесі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я такі інструменти як бенчмаркінг, моніторинг думки хворих та медичних працівників, інструменти представлення даних;

- застосовувати ІТ-технології для підвищення якості медичного обслуговування населення;

- формувати у закладі охорони здоров'я середовище, сприятливе до процесів покращання якості медичної допомоги, за допомогою побудови системи морального та матеріального заохочення персоналу до безперервного підвищення якості медичного обслуговування;

- запровадити систему навчання медичного персоналу щодо принципів, механізмів та процесів підвищення якості медичної допомоги;

### 3) вищим медичним навчальним закладам і закладам післядипломної медичної освіти:

- доповнити програми навчання студентів із курсу «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я» та курсантів на циклах підвищення кваліфікації з



організації охорони здоров'я питаннями щодо моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту;

- розробити навчальні програми та організувати навчання керівників органів і закладів охорони здоров'я та їх заступників, завідувачів відділень на циклах тематичного удосконалення з питань використання інформаційно-комунікативних технологій у лікувально-профілактичних процесах супроводжування пацієнта;

- розробити навчальні програми безперервної підготовки та підготувати посібники з управління якістю медичної допомоги для медичного персоналу закладів охорони здоров'я усіх рівнів;

- продовжувати роботу щодо впровадження принципів безперервного покращання якості медичної допомоги в програми науково-дослідницьких робіт, під час оцінки ефективності управлінських рішень з урахуванням впливу, який вони чинять на показники здоров'я населення.

### **СПИСОК НАУКОВИХ РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:**

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Моделювання соціально-економічного розвитку регіону (на прикладі Сумської області): монографія / [А. О. Єпіфанов, М. О. Кизим, С. М. Козьменко, М. І. Мироненко, М. Г. Громико, Г. О. Пересадько, О. О. Коновалов, Т. А. Васильєва, І. Ф. Козолуп, С. М. Лукаш, В. А. Сміянов, О. Ю. Полякова, О. Мерхо]. – Х.: ФОП Александрова К. М.; ВД «ІНЖЕК», 2012. – 160 с. (Дисертантом виконано аналіз статистичних даних щодо демографічних показників та стану захворюваності населення).

2. Хронічний ренокардіальний синдром: перспективи покращення якості медичної допомоги: монографія / Н. В. Демихова, В. А. Сміянов, М. А. Власенко. – Суми: Сумський державний університет, 2014. – 171 с. (Дисертантом узагальнено шляхи покращання якості медичного обслуговування, підготовлено пропозиції).

3. Сміянов В. А. Механізми впливу громади на розвиток системи охорони здоров'я на регіональному рівні / В. А. Сміянов, С. Тарасенко // Місцевий розвиток за участі громади. Інституційні та прикладні аспекти управління місцевим розвитком, орієнтованим на громаду / [за заг. ред. Ю. М. Петрушенка] / – Суми: ВТД «Університетська книга», 2014. – Т. 2. – С. 225–233. (Дисертантом підготовлено висновки та матеріали для публікації)

4. Smeyanov V. A. Development and implementation of the internal audit mechanisms to be used in the health care facilities / V. A. Smeyanov, S. V. Tarasenko, O. I. Smeyanova // Georgian Medical News. – 2013. – № 6 (219). – P. 58–60. (Дисертанту належить ідея статті, здійснено організаційні заходи впровадження та збору матеріалів)

5. Smeyanov V. A. Development and application of the informational and communication technologies in quality standards of health care management for patients with arterial hypertension / V. A. Smeyanov, S. V. Tarasenko, O. I. Smeyanova // Georgian Medical

- News. – 2014. – № 7 (232). – P. 65–68. (Дисертанту належить ідея підготовки статті, проведено аналіз матеріалів, підготовлено висновки)
6. Сміянов В. А. Внутрішній аудит – основа управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. – tom LXVII, nr. 2, cz. II. – P. 381–383.
7. Смяянов В. А. Медико-социальная модель управления качеством медицинской помощи на уровне учреждения здравоохранения / В. А. Смяянов, С. В. Тарасенко, О. И. Смяянова, Н. В. Демихова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. – 2014. – № 18 (189). Выпуск 27. – С. 178–182. (Дисертанту належить збір, статистична обробка даних та їх аналіз, узагальнення результатів, написання висновків)
8. Смяянов В. А. Оценка эффективности внедрения механизма внутреннего аудита качества медицинской помощи больным артериальной гипертензией / В. А. Смяянов, С. В. Тарасенко, О. И. Смяянова, Н. В. Демихова // АТЛ. – 2014. – № 3. – С. 62–67. (Дисертанту належить ідея статті, вивчено первинний матеріал, підготовлено висновки)
9. Сміянов В. А. Монітування рівня поінформованості диспансерних хворих з артеріальною гіпертензією / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко, О. І. Сміянова, І. О. Ващенко // Лікарська справа. – 2014. – № 1–2. – С. 78–82. (Дисертантом проаналізовано статистичні дані, підготовлено висновки)
10. Сміянов В. А. Оптимізація системи надання медичної допомоги міському населенню (на прикладі м. Сум) / В. А. Сміянов, О. І. Сміянова // Вісник СумДУ. Серія Медицина. – 2007. – № 1. – С. 32–38. (Дисертанту належить ідея підготовки статті, проведено аналіз матеріалів, підготовлено висновки)
11. Сміянов В. А. Проблеми забезпечення якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я України / В. А. Сміянов // Вісник СумДУ. Серія Медицина. – 2010. – № 2. – С. 200–205.
12. Сміянов В. А. Сучасна концепція якості медичної допомоги / В. А. Сміянов, П. О. Павлюк // Вісник СумДУ. Серія Медицина. – 2011. – № 1. – С. 5–12. (Дисертантом проаналізовано літературу, підготовлено висновки)
13. Сміянов В. А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В. А. Сміянов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 1. – С. 86–95.
14. Сміянов В. А. Місце клінічного аудиту в системі управління якістю медичної допомоги / А. В. Степаненко, В. А. Сміянов // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2011. – № 1–2. – С. 97–104. (Дисертанту належить ідея написання статті, збір необхідного матеріалу)
15. Сміянов В. А. Прогноз показників первинної та загальної захворюваності на активний туберкульоз у Сумській області до 2015 року / В. А. Сміянов, О. І. Сміянова, Л. А. Бондаренко, С. В. Павличева // Вісник СумДУ. Серія Медицина. – 2011. – № 2. – С. 156–161. (Дисертантом зібрано статистичні дані, підготовлено висновки та матеріали для публікації)
16. Сміянов В. А. Оцінка якості медичної допомоги населенню Сумської області / В. А. Сміянов, А. М. Костенко // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3. – С. 218–

220. (Дисертантом вивчено первинний матеріал, підготовлено висновки та матеріали для публікації)
17. Сміянов В. А. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / А. В. Степаненко, В. А. Сміянов // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3. – С. 346 – 348. (Дисертантом проведено аналіз наявних даних і підготовлено пропозиції та висновки)
18. Сміянов В. А. Аналіз нормативно-правового забезпечення якості медичної допомоги в Україні / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 4. – С. 90 – 93. (Дисертанту належить ідея підготовки статті, аналіз даних, підготовка публікації)
19. Сміянов В. А. Правове регулювання управління якістю медичної допомоги / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко // Вісник СумДУ. Серія Медицина. – 2012. – № 2. – С. 198 – 203. (Дисертантом здійснено аналіз та узагальнення результатів дослідження)
20. Сміянов В. А. Інструменти та методи управління якістю медичної допомоги: умови та особливості застосування у процесі реформування системи охорони здоров'я України / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2013. – № 1. – С. 51 – 57. (Дисертантом вивчено літературні дані, підготовлено висновки)
21. Сміянов В. А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я / В. А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 113–117.
22. Сміянов В. А. Впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2013. – № 2. – С. 201 – 208. (Дисертантом підготовлено первинний матеріал, проаналізовано дані, розроблені пропозиції)
23. Сміянов В. А. Підвищення рівня інформаційно-мотиваційної компоненти реформи медичної галузі у Сумському регіоні / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко, Ю. О. Сміянова // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2014. – № 1. – С. 23–25. (Дисертантом вивчено літературні дані, підготовлено висновки)
24. Сміянов В. А. Практичні підходи до управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 3. – С. 97 – 102.
25. Сміянов В. А. Особливості захворюваності населення Сумської області / В. Д. Шищук, В. А. Сміянов // Український медичний часопис. – 2013. – 12 грудня. – С. 1 – 3. (Дисертантом проведено аналіз наявних даних і підготовлено висновки)
26. Сміянов В. А. Організаційно-методологічний підхід доуправління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / А. В. Степаненко, В. А. Сміянов, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2013. – № 3. – С. 11 – 18. (Дисертанту належить ідея створення підходу, здійснено узагальнення отриманих матеріалів, здійснено підготовку до публікації)
27. Сміянов В. А. Модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я / А. В. Степаненко, В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 4. – С. 106–

109. (Дисертанту належить ідея створення моделі, аналіз матеріалу, узагальнення результатів)

28. Сміянов В. А. Аналіз мотиваційних детермінант лікарів закладів охорони здоров'я м. Суми щодо підвищення якості медичної допомоги /А. В. Степаненко, В. А. Сміянов, Ю. Б. Яценко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4. – С. 95–99. (Дисертантом вивчено первинний матеріал та узагальнення результатів дослідження)

29. Сміянов В. А. Аналіз існуючої системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області /В. А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 3. – С. 102–108.

*Опубліковані праці апробаційного характеру:*

30. Сміянов В. А. Інформаційна обізнаність населення як фактор ефективного реформування галузі охорони здоров'я у Сумському регіоні / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко, А. О. Масленко // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Напрямки реалізації Європейської стратегії «Здоров'я – 2020», Полтава, 29–30 травня 2014 р. – С. 93 – 94. (Дисертантом узагальнено результати дослідження і надано пропозиції)

31. Сміянов В. А. Прогнозування розвитку демографічної ситуації в Сумській області до 2012 р. / В. А. Сміянов, С. В. Павличева, В. І. Моїсеєнко // Науково-практична конференція студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів «Актуальні питання теоретичної медицини», Суми, 20–22 квітня 2011 року. – Суми: Вид-во СумДУ, 2011. – Ч. 1. – С. 75. (Дисертантом проведено аналіз статистичних даних щодо демографічної ситуації, підготовлено висновки)

32. Сміянов В. А. Дослідження рівня поінформованості хворих на артеріальну гіпертензію м. Суми / В. А. Сміянов, О. І. Сміянова, С. В. Тарасенко, А. В. Бокатов / Матеріали науково-практичної конференції «Загальнотерапевтична практика: нові технології та міждисциплінарні питання» 7 листопада 2013 р. – Харків, 2013. – С. 288. (Дисертантом вивчено первинний матеріал, підготовлено висновки)

33. Сміянов В. А. Результати моніторингу дотримання диспансерними хворими артеріальною гіпертензією профілактичних і лікувальних рекомендацій / В. А. Сміянов, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Матеріали науково-практичної конференції «Здоров'я населення, актуальні проблеми та перспективи розвитку системи охорони здоров'я», Харків, 31 жовтня–1 листопада 2013 р. – Харків, 2013. – С. 147 – 148. (Дисертантом здійснено аналіз матеріалів, підготовлено висновки)

34. Сміянов В. А. Розвиток донорства крові як один із факторів покращення якості медичної допомоги в Сумській області / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко, А. О. Масленко // Збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Актуальні питання теоретичної та практичної медицини». – Суми: СумДУ, 2014. – С. 236 – 237. (Дисертантом здійснено аналіз матеріалів, підготовлено висновки)

35. Сміянов В. А. Система клінічного аудиту в процесах управління якістю медичної допомоги / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко // Матеріали V З'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України, 11–12 жовтня

2012 р. – К., 2012. – С. 111 – 112. (Дисертантом здійснено аналіз матеріалів, узагальнення висновків)

36. Сміянов В. А. Методичне обґрунтування впровадження клінічного аудиту в лікувальних закладах / В. А. Сміянов, О. І. Сміянова // Матеріали науково-практичної конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів, присвячених 20-річчю заснування Медичного інституту, 10–12 квітня 2012 р. – Суми, 2012. – С. 94–95. (Дисертантом здійснено аналіз матеріалів, підготовлено висновки)

37. Сміянов В. А. Удосконалення управління якістю медичної допомоги на основі сучасних медико-технологічних документів / А. В. Степаненко, В. А. Сміянов, В. І. Шуляк // Матеріали науково-практичної конференції «Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати», Київ, 22 жовтня 2010 р. – К., 2010. – С. 136. (Дисертантом узагальнено результати дослідження і надано пропозиції)

38. Сміянов В. А. Сучасні теоретичні аспекти якості медичної допомоги / В. А. Сміянов, О. І. Сміянова // Матеріали науково-практичної конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів, присвячених 20-річчю заснування Медичного інституту, 10–12 квітня 2012 р. – Суми, 2012. – С. 96. (Дисертантом здійснено аналіз матеріалів, підготовлено висновки)

39. Сміянов В. А. Динаміка показників інвалідності дорослого населення Сумської області на протязі останнього десятиліття / В. А. Сміянов, С. В. Павличева, О. І. Сміянова // Матеріали науково-практичної конференції студентів молодих вчених, лікарів та викладачів, присвячених 20-річчю заснування Медичного інституту, 10–12 квітня 2012 р. – Суми, 2012. – С. 94. (Дисертантом здійснено аналіз матеріалів, підготовлено висновки)

40. Сміянов В. А. Актуальність питання впровадження клінічного аудиту в управління якістю медичної допомоги / В. А. Сміянов // Матеріали науково-практичної конференції студентів молодих вчених, лікарів та викладачів, присвячених 20-річчю заснування медичного інституту, 10–12 квітня 2012 р. – Суми, 2012. – С. 92. (Дисертантом здійснено аналіз матеріалів, підготовлено висновки)

*Опубліковані праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:*

41. Сміянов В. А. Клінічне управління та гарантія якості / В. А. Сміянов / Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (74.12/168.12) / За заг. ред. В.Ф. Москаленка. – К., 2012. – 21 с. (Дисертанту належить опрацювання підходів до забезпечення якості медичної допомоги)

42. Сміянов В. А. Управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації / А. В. Степаненко, В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко, Ю. Б. Яценко / За заг. ред. В. А. Сміянова. – Київ, 2014. – 27 с. (Дисертантом здійснено узагальнення отриманих матеріалів, підготовку до публікації)

43. Організаційно-методичний підхід до управління якістю медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги на основі технологій внутрішнього аудиту / В. А. Сміянов, С. О. Линник, Н. П. Ярош, Ю. Б. Яценко // Реєстр галузевих нововведень. – 2013. – Випуск 39. Нововведення № 289. (Дисертантом здійснено удосконалення моделі управління якістю медичної допомоги, узагальнення результатів)

44. Свідоцтво про реєстрацію № 55178. Медико-соціальна модель управління якістю медичної допомоги / В. А. Сміянов, С. В. Тарасенко, О. І. Сміянова, Н. В. Деміхова. – Дата реєстрації: 05.06.14.

## АНОТАЦІЯ

**Сміянов В. А. Медико-соціальне обґрунтування моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я.** – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина. – Харків, Харківський національний медичний університет, 2015.

Дисертація присвячена питанням наукового обґрунтування та створення моделі управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту на рівні закладу охорони здоров'я. Базовими елементами розробленої моделі є умовно-постійна складова, що включає нормативно-методологічну базу, створення системи матеріального та морального заохочення медичних працівників за надання якісної медичної допомоги, створення сприятливого середовища в колективі щодо принципів реалізації концепції безперервного покращання якості медичної допомоги), та умовно-змінна складова, елементами якої є аналіз показників діяльності закладів охорони здоров'я, встановлення пріоритетів, визначення виду аудиту (клінічний, організаційний, фінансово-економічний та ін.), навчання мультидисциплінарної групи, розроблення плану та терміни проведення аудиту, створення реєстру аудитів у закладах охорони здоров'я.

Розроблено системну класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу і перевірки для підвищення ефективності його практичного впровадження. Запропоновано механізм формування каналів зворотнього зв'язку між надавачами і споживачами медичних послуг, який створює систему прийняття рішень, спрямовану на безперервне покращання якості медичної допомоги, з урахуванням потреб і обов'язковою участю всіх зацікавлених груп населення, що визначає медико-соціальні риси запропонованої моделі.

Розроблена модель управління якістю медичної допомоги із застосуванням механізму клінічного аудиту як складової внутрішнього аудиту, впроваджена в закладах охорони здоров'я м. Суми та Сумської області.

Запропонована модель управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту з використанням нових інструментів управління якістю спрямована на впровадження системи безперервного покращання якості медичної допомоги, адаптації діяльності закладів охорони здоров'я до нових умов функціонування галузі та поліпшення здоров'я населення.

**Ключові слова:** управління якістю медичної допомоги, внутрішній аудит, модель, заклад охорони здоров'я.

## АННОТАЦІЯ

**Смеянов В.А. Медико-социальное обоснование модели управления качеством медицинской помощи на основании внутреннего аудита на уровне учреждения здравоохранения.** – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 – социальная медицина. – Харьков, Харьковский национальный медицинский университет, 2015.

Диссертация посвящена решению актуальной научной проблемы медико-социального обоснования модели управления качеством медицинской помощи. Проведено комплексное медико-социологическое исследование существующей системы управления и контроля качества медицинской помощи на уровне учреждений здравоохранения. Доказано, что на современном этапе реформирования медицинской отрасли в Украине существующий механизм ретроспективного контроля качества медицинской помощи является неэффективным. Установлено несоответствие его механизмов стратегии ВОЗ о непрерывном повышении качества медицинской помощи. Научно обосновано с помощью причинно-следственной диаграммы Исикавы, что на современном этапе перспективным и актуальным является вопрос разработки системы управления и контроля качества медицинской помощи на уровне учреждения здравоохранения, в основу которой положены принципы современного менеджмента и внедрение механизма внутреннего аудита как главного инструмента системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи. Разработано модель управления качеством медицинской помощи на уровне учреждения здравоохранения на основе цикла внутреннего аудита. Базовыми элементами модели являются условно-постоянная составляющая, включающая нормативно-методологическую базу на основе стандартизации процессов оказания медицинской помощи, создание системы материального и морального поощрения медицинских работников за оказание качественной медицинской помощи и участие в процессах улучшения качества медицинской помощи, создание благоприятной среды в коллективе к принципам реализации концепции непрерывного улучшения качества медицинской помощи, и условно-переменная составляющая, элементами которой выступают анализ показателей деятельности учреждений здравоохранения, установления приоритетов, определения вида аудита (клинический, организационный, финансово-экономический и др.), обучение мультидисциплинарной группы, разработка плана и сроки проведения аудита, создание реестра аудитов в учреждениях здравоохранения. Предложенный механизм предусматривает формирование каналов обратной связи между поставщиками и потребителями медицинских услуг и создает систему принятия решений, направленную на непрерывное улучшение качества медицинской помощи, что определяет медико-социальные черты предложенной модели.

Разработана системная классификация видов внутреннего аудита по критериям анализа и проверки для повышения эффективности практического внедрения механизма внутреннего аудита.

Разработанная модель управления качеством медицинской помощи с применением механизма клинического аудита внедрена в больницах г. Сумы и Сумской области.

Предложенная модель управления качеством медицинской помощи на основе механизма внутреннего аудита с использованием новых инструментов управления качеством направлена на внедрение системы непрерывного улучшения качества медицинской помощи, адаптации деятельности учреждений здравоохранения к новым условиям функционирования отрасли и улучшения здоровья населения.

**Ключевые слова:** управление качеством медицинской помощи, внутренний аудит, модель, учреждение здравоохранения.

## SUMMARY

**Smiianov V. Medical and social proving of the model of health care management quality based on internal audit on the level of health care institution.** – Manuscript.

The thesis for the degree of the Doctor of Medical Sciences, speciality 14.02.03 – social medicine. – Kharkiv, Kharkiv National Medical University, 2015.

The thesis is devoted to the issues of scientific proving and developing the model of health care management quality based on internal audit on the level of healthcare institution.

The basic elements of the developed model are two components. The first one is conditional permanent component, that include regulatory and methodological basis, financial and moral incentives to medical workers for rendering medical care of high quality, providing positive environment for the staff, concerning realization the principles of the continuous health care quality improvement concept. The second one is conditional variable component, the elements of which are analysis of health care institutions outcomes, setting priorities, audit type defining (clinical, managerial, financial and economical and others), multidisciplinary team teaching, plan and audit timing developing, audit register in health care institutions creating.

The system classification of the internal audit types by analysis and test criteria to increase the effectiveness of its practical application was developed. Mechanism of feedback channels between the providers and consumers of healthcare services forming was suggested. This mechanism creates decision-making system focused on continuous health care quality improvement according to the needs and obligatory involvement of all the interested groups of people. It defines medical and social features of the model suggested.

The developed model of health care quality management based on clinical audit mechanism, as a component of internal audit, was applied in health care institutions of Sumy city and Sumy region.

The proposed model of health care quality management based on internal audit mechanism with the use of new tools of quality management is focused on applying the



system of continuous health care quality improvement, adaptation of health care institutions work to new operating conditions of the branch and improving public health.

**Key words:** health care quality management, internal audit, model, health care institution.

### УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

АГ	артеріальна гіпертензія
ВА	внутрішній аудит
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗПСМ	загальна практика – сімейна медицина
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
МД	медична допомога
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОЗ	охорона здоров'я
СМКЛ	Сумська міська клінічна лікарня
СОКЛ	Сумська обласна клінічна лікарня
УКПМД	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЦРЛ	Центральна районна лікарня
ЯМД	якість медичної допомоги