

**І.А. Лурін,  
В.В. Завалецькій,  
Г.І. Тітов,  
В.О. Волошин**

*Військово-медичне Управління СБ України  
(нач. – д. мед. н., проф. І.А. Лурін)*

**Ключові слова:** медична служба СБ України, якість медичної допомоги  
**Key words:** medical care department of Security service of Ukraine, quality of medical protection

## **ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СИСТЕМІ СЛУЖБИ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ**

**Резюме.** В роботі представлена розроблена та науко обоснована система управління та контролю якості надання медичної допомоги в системі СБ України. Її використання дозволило не тільки підвищити ефективність медичного забезпечення прикріпленого контингенту, а й забезпечило в повному обсязі надання медичної допомоги в відповідності з утвердженими в Україні стандартами якості.

**Summary.** In this work well elaborated and scientifically grounded system of medical care management and quality control is presented. Its implementation resulted not only in increasing medical protection efficiency for attached personal, but also in ensuring full scope health care delivery in accordance with quality standards established in Ukraine.

Сучасна концепція розвитку охорони здоров'я передбачає формування та розвиток системи оцінки якості медичної допомоги [2]. Якість та ефективне функціонування закладів охорони здоров'я належать до числа найбільш актуальних проблем в управлінні охороною здоров'я, безпосередньо пов'язаних з її кінцевими результатами [1]. Відомо, що в поняття якості медичної допомоги об'єднують два аспекти: об'єктивний (технічна якість) та суб'єктивний (якість, як вона сприймається пацієнтом). Необхідно відзначити, що до складових технічної якості відносять перш за все ефективність функціонування і структуру закладу охорони здоров'я (ресурси закладу, техніко-технологічну базу, медичний і управлінський персонал) та процеси медичного обслуговування [4, 6]. Проте особливо важлива роль в управлінні якістю медичної допомоги надається медичному персоналу, оскільки ставлення до роботи кожного медичного працівника має безпосередній вплив на результати роботи всього закладу в цілому. Водночас впровадження новітніх медичних технологій іноді може сприйматися медичними працівниками закладів охорони здоров'я як фізично й емоційно несприятливий для них робочий елемент [3, 8].

Ці обставини визначають актуальність в організації й управлінні процесом надання медичної допомоги системи внутрішнього контролю з позиції системного управління якістю як у цивільних, так і у військових закладах охорони здоров'я.

Виходячи з цього, метою роботи визначено наукове обґрунтування системи контролю якості медичної допомоги в системі військово-медичної служби СБ України.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Об'єкт дослідження – система медико-санітарного забезпечення СБ України.

Предмет дослідження – система контролю якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам СБ України.

Дослідження проводили із використанням соціально-гігієнічних методів: бібліосемантичного, логічного, системного аналізу, безпосереднього спостереження [5].

### **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Військово-медичне управління (ВМУ) СБ України та підпорядковані йому відповідні підрозділи (заклади охорони здоров'я) здійснюють медико-санітарне забезпечення співробітників, військових пенсіонерів та членів їх сімей відповідно до діючого законодавства України та нормативно-правових актів СБ України [7].

Проведеним дослідженням було встановлено, що діюча система контролю якості надання медичної допомоги в системі СБ України була недосконалою й потребувала оптимізації через розробку та наукове обґрунтування її системної оптимізації.

Так, нами була розроблена, науково обґрунтована та впроваджена у роботу всіх закладів охорони здоров'я СБ України оптимізована система контролю та управління якістю медичної допомоги.

Загальна координуюча, консультативна та довідкова функції з питань організації управління якістю медичної допомоги в системі закладів охорони здоров'я СБ України покладені на Клініко-експертну комісію (КЕК) ВМУ. У відокремлених підрозділах ВМУ функції контролю щодо організації управління якістю медичної

допомоги покладаються на начальника ВМС та медичні ради.

Контроль якості медичної допомоги в системі медико-санітарного забезпечення СБ України передбачає здійснення шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги вимогам державних стандартів, нормативів, клінічних протоколів лікувально-консультативними комісіями, клініко-патологоанатомічними конференціями, профільними комісіями, а також лікарями (самоконтроль) та керівництвом ВМС (рис. 1).

Головним складовим елементом системи контролю якості медичної допомоги є метод експертної оцінки закінчених випадків лікування, що ґрунтується на порівнянні стандартів об'єму і якості медичної допомоги з фактичним наданням медичної допомоги відповідно до затвердженої технологічної документації.

Організація системи контролю якості медичної допомоги у ВМУ повинна передбачати:

1. Одержання своєчасної, достовірної, об'єктивної інформації про роботу лікувальних підрозділів, а саме: існування системи надання інформації для пацієнтів (розпорядок роботи підрозділів, права й обов'язки пацієнта, ліцензія на медичну практику, сертифікати акредитації закладу й клініко-діагностичної лабораторії та ін.); отримання інформації від медперсоналу та пацієнтів, яка аналізується й регулярно доводиться до начальників структурних підрозділів на оперативних нарадах; порівняння отриманих результатів з попереднім періодом; проведення аналізу показників результативності та дефектів надання медичної допомоги, з подальшим прийняттям управлінських рішень з цього приводу.

2. Знання медпрацівниками: порядку контролю якості; санітарно-гігієнічних нормативів та правил виробничої безпеки; положень про роботу закладу та структурних підрозділів; посадових інструкцій; правил оформлення й ведення медичної документації; наказів щодо зовнішнього та внутрішнього регламенту роботи закладу.

3. Здійснення роботи згідно з кваліфікаційною характеристикою та стандартами якості медичної допомоги відповідно до профілю роботи.

4. Наявність та знання середніми медичними працівниками технологічних стандартів роботи.

5. Забезпечення норм: санітарно-епідеміологічного благополуччя; епідеміологічної; охорони праці й техніки безпеки; протипожежної безпеки.

6. Стандартизація робочих місць (кабінетів).

7. Наявність методики (порядку) контролю якості.

8. Наявність розрахованих показників моделі кінцевих результатів діяльності ВМУ.

Робота ВМУ повинна будуватися на основі планування, колегіальності, зі встановленням персональної відповідальності кожного працівника за доручену справу.

Управління процесом контролю й оцінки якості у ВМУ повинно здійснюватися на основі комплексних планів діяльності закладу, планів проведення оперативних нарад та інших організаційних заходів, звітів щодо проведеної роботи, оцінки якості ведення медичної карти амбулаторних (стаціонарних) хворих.

Лікарський склад, який здійснює лікування хворих, повинен регулярно узгоджувати з начальником відділення чи заступником начальника поліклініки (госпіталю) план курації пацієнтів.

Контроль якості медичної допомоги повинен здійснюватися щоденно, вибірково, а результати перевірки з визначеною періодичністю обговорюються в колективі структурних підрозділів.

Виявлені дефекти в медичному обслуговуванні пацієнтів необхідно фіксувати в журналі експертної оцінки якості надання медичної допомоги, де відображається і перелік заходів їх усунення.

Якість сестринського догляду контролюється Координаційною радою медичних сестер ВМУ та Радою медичних сестер закладів охорони здоров'я СБ України, в коло обов'язків яких входить контроль за дотриманням стандартів сестринського догляду та оцінки якості їх виконання.

Обов'язковими є наявність і доступність інформації про права та обов'язки пацієнтів, відповідне ведення медичної документації з записами лікаря щодо визначення стану хворого, обсягу обстежень, лікування, на проведення яких повинен давати свою згоду кожний пацієнт, показання й порядок направлення хворих для надання їм спеціалізованої медичної допомоги.

Контроль та оцінка якості лікувально-профілактичної допомоги здійснюється начальником ВМУ, його заступниками та керівниками структурних (відокремлених) підрозділів Управління відповідно до розподілу функціональних обов'язків та стандартів якості медичної допомоги, розроблених на основі типових стандартів, якими лікарі та середній медперсонал керуються в своїй роботі.

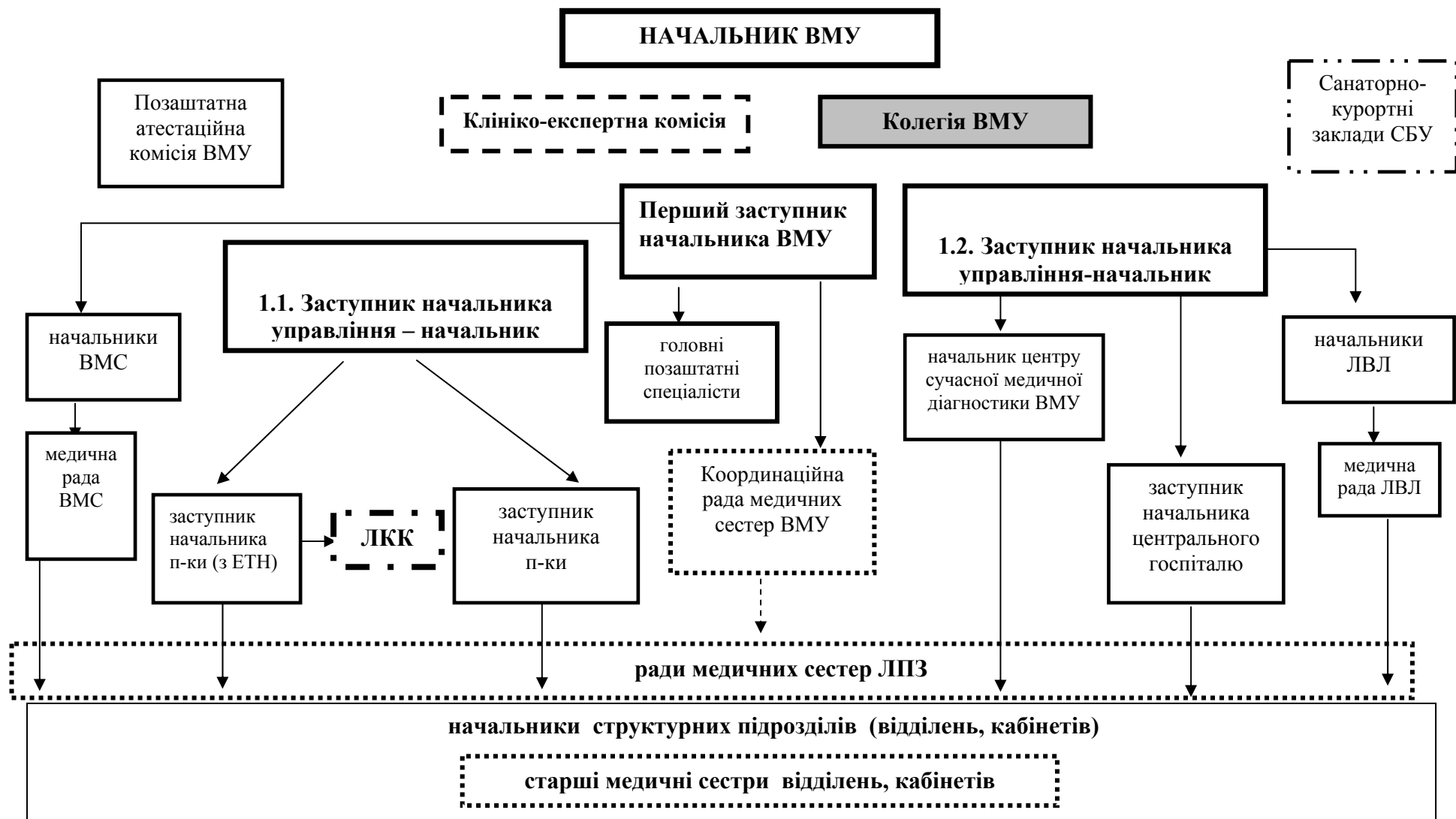


Рис. 1. Схема організації управління та контролю якості надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я СБ України

Оцінку якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам у системі ВМУ СБ України доцільно проводити за розробленим нами алгоритмом:

1. Оцінка якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам лікарями, середнім та молодшим медичним персоналом ВМУ. Оцінка роботи керівного складу структурних та відокремлених підрозділів ВМУ.

1.1. І-й рівень системи оцінки якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам (рівень начальника відділення, кабінету, лабораторії).

1.1.1. За критеріями оцінки якості проводиться аналіз завершених випадків лікування хворих з оформленням експертної оцінки у відповідній обліковій формі та Переліку критеріїв оцінки якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам у медичних закладах СБ України. При оцінці випадку за певним критерієм може виставлятися бал у межах вказаного у Переліку значення.

1.1.2. Щотижнево на виробничих нарадах медпідрозділів проводити ознайомлення підлеглих з результатами експертизи та з прийнятими управлінськими рішеннями, що фіксуються в протоколах нарад.

1.1.3. Щоквартально підводяться підсумки

роботи щодо якості надання медичної допомоги із заповненням відповідних звітів з підрахунком середнього бала, розрахованого для кожного лікаря окремо та по підрозділу. На цих нарадах проводиться аналіз структури дефектів, відмічених у роботі лікарів відділення, та складається план заходів щодо їх усунення, що також відображається у звіті.

1.1.4. Начальник відділення оцінює:

- щоденно: 10% медичних карт амбулаторних хворих, які були на прийомі у лікарів (10% медичних карт стаціонарних хворих, які перебувають на лікуванні у відділенні госпіталю / лікарні відновного лікування, або яким було виконано обстеження – для параклінічних служб); всі випадки, коли проводилось ЛКК;

- щоквартально: 10% медичних карток хворих динамічної групи.

1.1.5. Визначення рівня якості медичного обслуговування пацієнта проводиться шляхом підрахунку загального бала конкретного випадку відповідно до граф затверджених облікових форм залежно від профілю відділення.

Для кожного медичного працівника рівень якості медичного обслуговування пацієнтів за звітний період визначається при заповненні таблиць форми Звіту щодо якості надання медичної допомоги за формулою:

**ПР + ПД**

$$РЯ = \frac{\text{ПР} + \text{ПД}}{2}, \text{ де}$$

РЯ - рівень якості медичного обслуговування пацієнтів лікарем (медичною сестрою, лаборантом, молодшою медичною сестрою);

ПР - показник результативності (розраховується окремо для кожного медичного працівника на підставі облікових форм як середнє арифметичне показників результативності всіх завершених випадків лікування хворих, по яким було проведено експертизу за звітний період у балах);

ПД - показник дефектів у балах.

Середній бал рівня якості надання медичної допомоги по медичному підрозділу розраховується як середнє арифметичне середніх балів рівнів якості надання медичної допомоги по кожному медичному працівнику структурного підрозділу.

1.1.6. Якість надання медичної допомоги по кожному випадку оцінюється в балах, значення яких наведені у таблиці 1.

1.1.7. Підготовка узагальнюючих звітів за результатами оцінки якості надання медичної допомоги.

1.1.8. Подання звітів надаються заступнику начальника лікувально-профілактичного закладу з лікувальної частини.

*Таблиця 1*

**Шкала оцінки якості надання медичної допомоги**

Результат якості медичної допомоги	Показники якості медичної допомоги	
	у балах	у відсотках
відмінний	9,2 – 10,0	92 – 100%;
добрий	8,5 – 9,1	85 – 91%;
задовільний	7,5 – 8,4	75 – 84%;
незадовільний	0 – 7,4	0 – 74%.

1.2. II-й рівень системи оцінки якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам (рівень заступника начальника лікувально-профілактичного закладу з лікувальною роботою).

1.2.1. Щоденно проводиться вибіркова експертиза якості надання медичної допомоги за результатами роботи лікарів, які знаходяться під його безпосереднім керівництвом. За результатами експертизи приймаються управлінські рішення, які доводяться до відома підлеглих на щотижневих виробничих нарадах лікувально-профілактичного закладу. Щоквартально розраховується середній бал рівня якості надання медичної допомоги вищезазначеними лікарями та заповнюються відповідні звітні форми.

1.2.2. Щоквартально проводиться оцінка якості роботи начальників відділень (кабінетів, лабораторій) щодо надання медичної допомоги.

1.2.3. Щоквартально проводиться аналіз анкетування пацієнтів, яким надавалась медична допомога.

1.2.4. Готуються зведені дані експертизи якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам у лікувально-профілактичному закладі та результати виконання моделі кінцевих результатів, які подаються начальнику лікувально-профілактичного закладу.

1.3. Заступник начальника лікувально-профілактичного закладу з експертизи ТВП (голова ЛКК закладу).

1.3.1. Щоденно проводиться експертиза якості надання медичної допомоги закінчених випадків лікування хворих, де була проведена фахівцями ЛКК. Вибірково проводиться аналіз якості надання медичної допомоги у випадках з тимчасовою втратою працездатності по відділенням (кабінетам) закладу (за планом) з відображенням отриманих результатів у відповідній обліковій формі. На щотижневих виробничих нарадах лікувально-профілактичного закладу доводяться до відома медперсоналу результати перевірок та прийняті управлінські рішення, які заносяться в протокол нарад.

1.3.2. Щоквартально проводиться порівняння показників ТВП за звітний період з відповідними показниками моделі кінцевих результатів.

1.3.3. Отримані результати експертизи якості надання медичної допомоги подаються у формі звіту начальнику лікувально-профілактичного закладу у встановлені терміни.

1.4. Оцінка якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам середнім та молодшим медичним персоналом (рівень старшої медичної сестри структурного підрозділу).

1.4.1. Щотижнево оцінюється якість надання медичної допомоги середнім і молодшим медичним персоналом відділення (кабінету, лабораторії) із занесенням результатів оцінки до відповідних облікових форм. Інформація начальника структурного підрозділу про окремі випадки дефектів якості надання медичної допомоги, з подальшим розглядом їх на нарадах відділення (кабінету, лабораторії). Результати обговорення заносяться в протоколи нарад.

1.4.2. Щоквартально розраховується середній персональний бал рівня якості надання медичної допомоги кожної медичної сестри, молодшої медичної сестри та розрахований середній бал по структурному підрозділу. Отримані результати у відповідній звітній формі подаються начальнику структурного підрозділу та у комісію Ради медичних сестер лікувально-профілактичного закладу.

1.4.3. Профільна комісія Ради медичних сестер при погодженні з начальниками структурних підрозділів оцінює якість організації надання медичної допомоги старшими медичними сестрами відділень, розраховує середні показники рівнів якості надання медичної допомоги, отримані серед середнього та молодшого медперсоналу закладу, які у відповідній звітній формі подаються начальнику лікувально-профілактичного закладу.

1.4.4. Звіт, який відображає якісні показники надання медичної допомоги за перше півріччя та звітний рік, звіт подається для узагальнення до Координаційної ради медичних сестер ВМУ.

1.5. III-й рівень системи оцінки якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам (рівень начальника лікувально-профілактичного закладу):

1.5.1. Проводиться розгляд скарг та експертиза проблемних випадків курації хворих із прийняттям управлінських рішень, які доводяться до відома медперсоналу закладу на щотижневих нарадах.

1.5.2. Щоквартально проводиться оцінка якості роботи заступників начальника лікувально-профілактичного закладу по організації надання медичної допомоги та головної медичної сестри із заповненням відповідної облікової форми. Проводиться розрахунок середніх показників рівнів якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам у лікувально-профілактичному закладі за звітний період. При розрахунку вищезазначених показників враховуються середні показники рівнів якості надання медичної допомоги, отримані серед середнього та молодшого медперсоналу закладу, що пред-

ставлені Радою медичних сестер. Крім того, проводиться порівняння показників діяльності медичного закладу за звітний період з відповідними показниками моделі кінцевих результатів із заповненням відповідної звітної форми та порівняння показників діяльності медичного закладу з відповідними показниками інших лікувально-профілактичних закладів регіону, статистичними даними ВООЗ та іншим.

1.5.3. У клініко-експертну комісію ВМУ СБУ (далі – КЕК) щоквартально подається звіт про виконання моделей кінцевих результатів та аналітична довідка в текстовому варіанті щодо якості надання медичної допомоги в лікувально-профілактичному закладі, прийнятих управлінських рішень та їх результативності.

1.5.4. Отримані результати доводяться до відома медперсоналу закладу на щоквартальних підсумкових медичних радах з прийняттям управлінських рішень та заслуховуванням резуль-

татів роботи щодо усунення недоліків. При цьому начальник лікувально-профілактичного закладу контролює виконання прийнятих управлінських рішень щодо якості надання медичної допомоги.

Модель кінцевих результатів як узагальнений якісний показник, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікувально-профілактичного закладу, розраховується з урахуванням показників результативності (ПР), дефектів (ПД), нормативних значень (НЗ) показників та шкали оцінки досягнутих результатів. Нормативні значення показників затверджуються розпорядженням начальника ВМУ на підставі розрахунків, які надаються організаційно-інформаційним відділом ВМУ на кожний квартал та за рік. Показники дефектів нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю.

Показники результативності (ПР) визначаються за формулою:

$$ПР = НО + ((ФП - НП) \times ОВ) \text{ у разі, якщо знак відхилення „+”, або}$$

$$ПР = НО - ((ФП - НП) \times ОВ) \text{ у разі, якщо знак відхилення „-”,}$$

де:

НО – нормативна оцінка цієї моделі в балах;

ФП – фактичний показник;

НП – нормативний показник;

ОВ – одиниці вимірювання відхилення;

Показники дефектів (ПД) визначаються як добуток фактичного показника на одиницю вимірювання відхилення:

$$ПД = ФП \times ОВ$$

Інтегральна оцінка якості надання медичної допомоги визначається за коефіцієнтом досяг-

нення результату (КДР). Коефіцієнт досягнення результату визначається відношенням різниці між реально досягнутою сумою балів показників результативності та сумою балів дефектів до суми нормативних значень всіх показників результативності і розраховується за формулою:

$$КДР = \frac{\Sigma (ПР_1, ПР_2 \dots ПР_n) - \Sigma (ПД_1, ПД_2 \dots ПД_n)}{\Sigma (НЗ_1, НЗ_2 \dots НЗ_n)}$$

Отримане значення КДР зіставляється зі шкалою, яка характеризує рівень досягнення якості надання медичної допомоги (табл.2).

Таблиця 2

**Шкала оцінки коефіцієнту досягнення результату**

Результат виконання	Коефіцієнт досягнутого результату
Повне	0,85 – 1,0
Неповне	0,70 – 0,84
Мінімальне	0,50 – 0,69
Невиконання	менше 0,50

Значущим показником якості медичної допомоги слід вважати й рівень якості лікування (РЯЛ), який розраховується за формулою:

$$РЯЛ = (ОНЗ + ОЯ) : 200\%, \text{ де:}$$

ОНЗ – оцінка виконання набору діагностичних, лікувально-оздоровчих заходів і доказовість постановки діагнозу;  
ОЯ – оцінка якості лікування (стан здоров'я пацієнта після закінченого лікування).

У свою чергу, величину показника ОНЗ можна визначити за формулою:

$$ОНЗ = 0,5 \times ОДЗ + 0,1 \times ОД + 0,4 \times ОЛЗ, \text{ де}$$

ОДЗ – оцінка виконання діагностичних заходів, %;  
 ОД – оцінка діагнозу, %;  
 ОЛЗ – оцінка лікувально-оздоровчих заходів, %.

Значення цих показників визначають за величинами, наведеними в таблицях 3-6.

Таблиця 3

### Шкала оцінки діагностичних заходів (ОДЗ, %)

Діагностичне обстеження не проведене	0
Виконані окремі малоінформативні обстеження	25
Обстеження проведено наполовину	50
Обстеження проведено майже повністю	75
Обстеження проведено повністю	100

2. IV-й рівень системи оцінки якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам (заступники начальника ВМУ, Клініко-експертна комісія ВМУ СБУ (далі - КЕК).

2.1. Заступники начальника ВМУ контролюють якість надання медичної допомоги відповідно до розподілу їх функціональних обов'язків.

2.2. КЕК:

2.2.1. Діє відповідно до затвердженого Положення про КЕК;

2.2.2. У поточному режимі організує перевірки діяльності закладів охорони здоров'я СБ України щодо якості надання медичної допомоги відповідно до затвердженого плану, розгляд випадків грубих порушень стандартів надання медичної допомоги, діагностичного та лікувального процесу, що призвели до тяжких наслідків та ін.;

2.2.3. Організує підготовку матеріалів для проведення тематичних Колегій ВМУ за планом, затвердженим начальником ВМУ;

2.2.4. Щорічно готує звіт щодо проведеної роботи, який надається начальнику ВМУ і оголошується на підсумковій річній колегії ВМУ.

Таблиця 4

### Шкала оцінки встановленого діагнозу (ОД, %)

Невідповідність між встановленим діагнозом і клініко-діагностичними даними	0
Відсутність розгорнутого клінічного діагнозу із вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	50
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	5
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз основного та супутніх захворювань	100

3. V-й рівень системи оцінки якості надання медичної допомоги прикріпленим контингентам (начальник ВМУ та Колегія ВМУ):

3.1. Начальник ВМУ:

3.1.1. Здійснює загальне управління якістю медичної допомоги з плануванням заходів щодо підвищення її якості та контролем за їх виконанням;

3.3.1. Забезпечує проведення зовнішнього контролю якості надання медичної допомоги у

закладах охорони здоров'я СБ України (Державної акредитації, ліцензування), зв'язки з МОЗ України та лікувально-профілактичними закладами інших відомств стосовно питання управління якістю.

3.2. Колегія ВМУ є вищим органом управління якістю надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я СБ України і діє відповідно до Положення про Колегію ВМУ.

Таблиця 5

### Шкала оцінки лікувально-оздоровчих заходів (ОЛЗ, %)

Лікувально-оздоровчі заходи практично не проводились	0
Виконані окремі малоефективні процедури, маніпуляції та заходи	25
Лікувально-оздоровчі заходи виконані наполовину	50
Лікувально-оздоровчі заходи виконані майже повністю; є окремі недоліки	75
Набір лікувально-оздоровчих заходів виконано повністю	100

**Шкала оцінки стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування та реабілітації (ОЯ, %)**

Очікувані результати лікувально-діагностичного процесу та реабілітації практично відсутні	0
Незначне покращення здоров'я при явних відхиленнях результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	50
Досягнуто очікуваних результатів лікувально-профілактичного процесу та реабілітації, проте спостерігаються помірні відхилення результатів параклінічних досліджень від норми	75
Отримані результати повністю відповідають очікуваним результатам	100

**ПІДСУМОК**

Проведене наукове обґрунтування, розробка та впровадження уніфікованих основ управління та контролю якості надання медичної допомоги в системі СБ України дозволило не тільки підвищити ефективність її функціонування, але й

об'єктивно забезпечити надання медичної допомоги відповідно до затверджених стандартів надання медичної допомоги в єдиному медичному просторі України.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Задачи по достижению здоровья для всех. Политика здравоохранения для Европы. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1993. -183 с.
2. Карпов О.Э. Управленческие технологии в хирургической практике как основа совершенствования качества оказания медицинской помощи / О.Э. Карпов // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. - № 4. – С. 37-41.
3. Мотивация медицинского персонала при антикризисном управлении лечебно-профилактическим учреждением / С.Л. Вардосанидзе, И.Б. Шишкина, А.М. Михайловский, Н.В. Сорокина // Проблемы управления здравоохранением. – 2005.-№ 3. – С. 49-54.
4. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – С. 65-69.
5. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під. за ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
6. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В.М. Лехан, Н.М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцеховський [та ін.] / під. заг. ред. Лехан В.М. -К.: Сфера, 2001. – 176 с.
7. Тітов Г.І. Організаційні аспекти функціонування системи медико-санітарного забезпечення особового складу органів СБ України в режимі повсякденної готовності / Г.І. Тітов // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 2. – С. 118-122.
8. Тітов Г.І. Удосконалення якості медичної допомоги як складова підвищення ефективності діяльності медичних закладів / Г.І. Тітов // Запорож. мед. журнал. – 2005. – № 6 (33). – С. 65-68.

