

Обґрунтування моделі імплементації стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Мета – обґрунтувати модель імплементації стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України та представити розгорнуті варіанти її практичного використання на прикладі окремих модулів.

Матеріали та методи. В основу імплементаційної моделі покладено загальну парадигму планування в охороні здоров'я, запропоновану канадськими вченими R. Pineault і C. Daveluy (1986 р.), що передбачає комбонування будь-якого плану на матриці з 3 горизонтально розташованих категорій (Перспектива-Інтервенція-Підхід), кожна з яких має 5-рівневу вертикальну ієрархію під-категорій: I – місія-політика-законодавство, II – мета-генеральний план-стратегія, III – загальне завдання-програма-тактика, IV – конкретне завдання-проект-тактика, V – операційне завдання-операційна діяльність-операційний підхід. Прикладне значення моделі продемонстроване на прикладі модулів інфекційної та хірургічної безпеки.

Результати. Запропоновано прикладну модель імплементації плану дій з безпеки пацієнтів для служби анестезіології та інтенсивної терапії України, в якій план автора визначений генеральним планом. Наведено релевантну до спеціальності характеристику основних категорій та підкатегорій моделі. На прикладі модулів інфекційної та хірургічної безпеки продемонстровано можливі механізми імплементації усіх внутрішньомодульних компонентів плану через програми та проекти.

Висновки. Наведена в роботі модель дозволяє вирішити завдання реалізації на практиці положень стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України через нескладний 5-рівневий імплементаційний алгоритм.

Ключові слова: безпека пацієнта, служба анестезіології та інтенсивної терапії, план дій, імплементація, модель.

Вступ

Згідно з концепцією, запропонованою Інститутом Медицини США у 2001 р. у його знаковій доповіді «Подолання безодні якості: нова система охорони здоров'я для XXI століття», розрізняють шість доменів або шість вимірів якості медичної допомоги [9]:

1. **Безпека** (англ. *Safety*): уникнення шкоди, що може бути завдана пацієнтам у процесі надання послуг, котрі з самого початку націлені на допомогу.

2. **Медична ефективність** (англ. *Effectiveness*): забезпечення послугами, що є науково обґрунтованими, усіх, кому вони можуть допомогти, та утримання від надання таких послуг тим, кому вони не принесуть користі.

3. **Пацієнто-центричність** (англ. *Patient-centeredness*): забезпечення пацієнтів такою допомогою, котра поважає та задовольняє їх індивідуальні вподобання, потреби і цінності та гарантує, що особисті цінності пацієнта є визначальними в прийнятті усіх клінічних рішень.

4. **Своєчасність** (англ. *Timeliness*): скорочення невинуватих очікувань, а іноді шкідливих затримок, як для тих, хто отримує допомогу, так і для тих, хто її надає.

5. **Економічна ефективність** (англ. *Efficiency*): уникнення марнувань ресурсів, включаючи

нерациональне використання обладнання, витратних матеріалів, ідей та енергії.

6. **Загальнодоступність** (англ. *Equity*): забезпечення пацієнтів такою допомогою, що не відрізняється за якістю через їх особисті характеристики, такі як стать, етнічна приналежність, географічне походження та соціально-економічний статус.

Безпека пацієнтів (БП) очолює наведений вище перелік не випадково. Серед різноманітних міжнародних ініціатив, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги, у тому числі в анестезіології та інтенсивній терапії, найбільше їх число в останні два десятиріччя було скеровано саме на покращення ситуації з БП [7, 8, 10–14, 16]. В Україні системна робота у сфері БП була започаткована Першим Національним конгресом з БП (Київ, 2012 р.), проведеним за ініціативи Ради Європи і спрямованим на виконання «Плану дій Ради Європи для України на 2011–2014 рр.» у розділі «Права людини», проект 1.4.1 якого передбачав розробку Національного плану дій з БП [5]. Конгрес завершився схваленням драфту зазначеного плану та проголошенням 11 стратегічних напрямків діяльності у сфері БП [1]. Базовою платформою в розробці зазначеного плану стали «Рекомендації Комітету міністрів Ради Європи урядам держав-членів про управління БП та запобігання інцидентам у сфері охорони здоров'я» [6].

Заявка на участь служби анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) України в зазначеному проєкті була анонсована на VI Британсько-Українському Симпозіумі «Новітні тенденції в сучасній анестезіології та інтенсивній терапії – акцент на проблемах безпеки пацієнта та моніторингу» (м. Київ, квітень 2014 р.) шляхом презентації автором даної статті власного пакету пропозицій до загальнонаціонального плану дій з БП [3]. Свій подальший розвиток вона отримала на останньому, VII Національному Конгресі Анестезіологів України (м. Дніпро, вересень 2016 р.), де в рамках пленарного засідання «Безпека в анестезіології» була оприлюднена доопрацьована версія зазначеного пакету пропозицій, та в останніх публікаціях автора, де в системній формі представлено наукове обґрунтування восьми основних пріоритетів служби АІТ України у сфері БП [2] та проєкт власного плану дій з БП для служби АІТ як частини загальнонаціонального плану [4]. Відповідно до переліку основних пріоритетів, проєкт стратегічного плану дій з БП для служби АІТ України містить вісім модулів – 1) інфекційної безпеки, 2) хірургічної безпеки, 3) фармацевтичної безпеки, 4) інфраструктурної безпеки, 5) інцидент-моніторингу та звітності, 6) навчання та освіти, 7) наукових досліджень проблеми БП та 8) преміювання за досягнення у сфері БП.

Мета роботи – обґрунтувати модель імплементації запропонованого автором стратегічного плану дій з БП у службі АІТ України та представити розгорнуті варіанти її практичного використання на прикладі окремих модулів.

Матеріали та методи

В основу моделі імплементації плану дій з БП у службі АІТ України покладено загальну парадигму планування в охороні здоров'я, запропоновану канадськими вченими R. Pineault і С. Daveluy (рис.) [14].

Згідно з парадигмою, будь-який план в охороні здоров'я представляє собою решітку-подібну матрицю горизонтально та вертикально взаємозв'язаних за ієрархічним принципом категорій та під-категорій, кожна наступна з яких є подальшим розвитком попередньої.

Викладенню практичної, основної частини («тіла») плану відповідно до згаданих вище та описаних нижче

категорій і підкатегорій передують формулювання його теоретичного, ідейного підґрунтя («голови» або «лейтмотиву») у вигляді таких над-категорій, як Бачення (*англ. Vision*) – ідеалізована, уявна картина світу після уявної повної імплементації задуманого, та Місія (*англ. Mission*) – фундаментальна роль плану в досягненні задуманого результату.

Практична частина плану базується на 3-х горизонтально орієнтованих категоріях – перспективи, інтервенції та підходу. Кожна з них має свою вертикаль підкатегорій, стратифікованих на 5 рівнів.

– *Вертикаль перспективи (або горизонту)* передбачає визначення та формулювання таких послідовно пов'язаних між собою положень плану, як: 1) надмета (бажаний кінцевий результат вищого порядку, для досягнення якого необхідна успішна реалізація кількох взаємопов'язаних планів); 2) мета (бажаний кінцевий результат нижчого порядку, для досягнення якого необхідна успішна реалізація даного конкретного плану); 3) загальні завдання (загальні цілі, що відповідають окремим розділам або модулям плану і вимагають розроблення окремих програм для їх досягнення); 4) конкретні завдання (конкретні цілі, що є парціальними складовими попереднього завдання і вимагають розроблення окремих проєктів для їх досягнення); 5) операційні завдання (вузькі технічні завдання, що є лише невеликими фрагментами загальної роботи).

– *Вертикаль інтервенцій* передбачає визначення таких відповідних положенням вертикалі перспективи під-категорій, як: 1) політика (відповідає під-категорії місії); 2) генеральний план (відповідає під-категорії мети); 3) програма (відповідає під-категорії загальних завдань); 4) проєкт (відповідає під-категорії конкретних завдань); 5) операційна діяльність (відповідає під-категорії операційних завдань).

– *Вертикаль підходів* передбачає ієрархію таких відповідних під-категорій вертикалі інтервенцій шляхів їх реалізації, як: 1) нормативний (відповідає під-категорії політики); 2) стратегічний (відповідає під-категорії генерального плану); 3–4) тактичний (відповідає під-категоріям програми та проєкту); 5) операційний (відповідає під-категорії операційної діяльності).

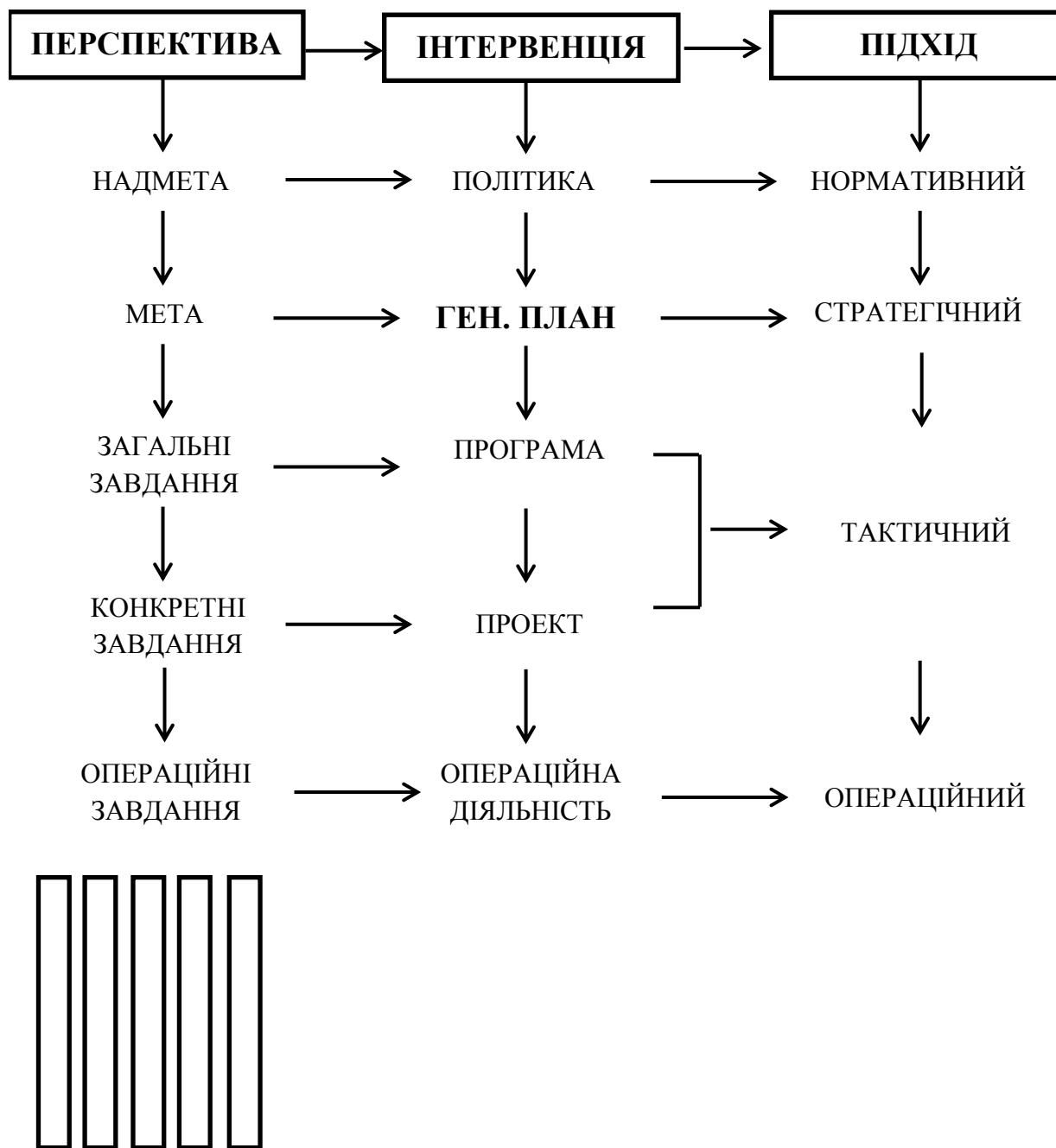


Рис. Загальна парадигма планування в охороні здоров'я за Pineault–Daveluy

В якості розділів проекту стратегічного плану дій з БП для служби АІТ України, на прикладі яких розроблено та представлено розгорнуті варіанти практичного застосування імплементаційної моделі, взято модулі інфекційної та хірургічної безпеки [4]. У дещо скороченому вигляді їх компонентний склад можна представити наступним чином:

1. Модуль інфекційної безпеки.

1.1. Інструменти близької перспективи:

– Стандарти гігієни рук відповідно до «Керівництва ВООЗ з гігієни рук в охороні здоров'я» і «Стратегій щодо попередження нозокоміальних інфекцій

за допомогою гігієни рук» групи провідних американських професійних організацій з епідеміології, інфекційних хвороб та інфекційного контролю.

– Цільові пакети (англ. «Bundles») протиінфекційних інтервенцій з профілактики основних груп нозокоміальних інфекцій – катетер-асоційованих інфекцій кровотоку, катетер-асоційованих інфекцій сечових шляхів, вентилятор-асоційованих пневмоній, інфекцій післяопераційних ран, інфекцій кишечника, викликаних *Clostridium difficile*, та інфекцій, викликаних метицилін-резистентним *Staphylococcus aureus*, а також контамінації зразків крові при їх відборі на культуру.

– Комп'ютерна програма для мікробіологічного моніторингу та аналізу антибіотикорезистентності на зразок російськомовної версії програми ВООЗ «WHONET».

– Апарат-специфічні протоколи дезінфекції та стерилізації найбільш поширеного в службі АІТ наркозно-дихального обладнання (в Україні це «БРИЗ», «LEON» і «CARINA»).

1.2. Інструменти віддаленої перспективи:

– Посада медичної сестри з інфекційного контролю та стерилізації апаратури в штатному розкладі відділень АІТ/ІТ.

– Система утилізації голок та інших колючих і ріжучих предметів відповідно до міжнародних стандартів (у спеціальних контейнерах для спалювання в муфельних печах).

– Модернізовані бактеріологічні лабораторії та безперебійне їх забезпечення сучасними витратними матеріалами.

– Оновлені ДБН (Державні Будівельні Норми) України зі зміненими вимогами до дизайну та інженерно-технічного забезпечення відділень АІТ, що передбачають створення палат-ізоляторів з негативним атмосферним тиском всередині для пацієнтів з небезпечними повітряно-крапельними інфекціями.

2. Модуль хірургічної безпеки.

2.1. Інструменти близької перспективи:

– Адаптовані версії чек-листів ВООЗ з безпеки хірургічного втручання («WHO Surgical Safety Checklist») і пологів («WHO Safe Childbirth Checklist») та з надання медичної допомоги при політравмі («WHO Trauma Care Checklist»).

– Адаптовані версії 20 чек-листів Європейського Товариства Анестезіологів з менеджменту найбільш розповсюджених невідкладних станів в анестезіології.

– Адаптовані версії 3 протоколів Європейського Товариства Анестезіологів з цільової періопераційної інфузійної терапії.

2.2. Інструменти віддаленої перспективи:

– Мінімальні стандарти інтра- і післяопераційного моніторингу пацієнтів згідно з рекомендаціями Всесвітньої Федерації Товариств Анестезіологів і Європейської Ради Анестезіології та відповідна матеріально-технічна база.

– Дорожня карта (план) подальшого розвитку інгаляційної анестезії, що включає програму дооснащення наявних наркозних апаратів мультигазовими аналізаторами та BIS-моніторами, збільшення обсягу «Субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії» (бюджетна програма КПКВК ДБ 2311160) і технологічний протокол проведення інгаляційної анестезії севофлураном у низькопотоківому режимі.

– Оновлені ДБН (Державні Будівельні Норми) України зі зміненими вимогами до дизайну та інженерно-

технічного забезпечення відділень АІТ, що передбачають впровадження інноваційних для України «Палат післянаркозного спостереження за пацієнтами».

Результати дослідження та їх обговорення

I. З точки зору системи охорони здоров'я України в цілому, загальнонаціональний план дій з БП є генеральним планом моделі Pineault-Daveluy на галузевому рівні.

Наше ідеалізоване бачення (*Vision*) вітчизняної системи охорони здоров'я після успішного впровадження усіх його положень у життя – це ідеально безпечне медичне середовище, в якому:

– жоден пацієнт не зазнає жодної не оправданої, потенційно відвотної шкоди в процесі надання йому медичної допомоги та інших послуг;

– весь медичний та допоміжний персонал надійно захищений від потенційних загроз, що походять від специфіки його професійної діяльності;

– заклади охорони здоров'я досягли оптимального балансу між затратами та вигодами, отриманими від впровадження заходів з БП та персоналу;

– суспільство абсолютно довіряє національній системі охорони здоров'я з точки зору її безпечності для своїх громадян.

Фундаментальна місія (*Mission*) держави, що реалізується через загальнонаціональний план, – це створення максимально сприятливих законодавчих, нормативно-правових, інфраструктурних, матеріально-технічних, кадрових, організаційних та інших передумов для забезпечення найвищого рівня безпеки для усіх учасників (об'єктів та суб'єктів) процесу надання медичної допомоги.

Вертикаль перспективи (або горизонту) загальнонаціонального плану може бути представлена так:

– *Надмета (Supergoal)* – підвищення рівня БП і персоналу в системі охорони здоров'я України до рівня найкращих світових стандартів.

– *Мета (Goal)* – зменшення кількості інцидентів з БП та персоналу шляхом впровадження в діяльність вітчизняної системи охорони здоров'я науково обґрунтованих безпекових інструментів та реалізації інших релевантних ініціатив.

– *Загальні завдання (Objectives)*: 1) підвищення рівня інфекційної безпеки; 2) підвищення рівня хірургічної безпеки; 3) підвищення рівня фармацевтичної безпеки; 4) підвищення рівня інфраструктурної безпеки.

II. З точки зору системи анестезіологічної допомоги, запропонований нами стратегічний план дій з БП у службі АІТ України в контексті мети даної роботи також слід вважати генеральним планом моделі Pineault-Daveluy, і в цьому аспекті він є інтервенцією, спрямованою на практичну реалізацію місії держави у сфері БП на рівні окремої спеціальності.

Алгоритм практичного втілення в життя модуля інфекційної безпеки, що витікає з наведеної вище імплементаційної моделі, може виглядати так:

- *Надмета* – підвищення рівня БП і персоналу у службі АІТ України до рівня найкращих світових стандартів.

- *Мета* – зменшення кількості інцидентів в області інфекційної БП і персоналу у службі АІТ України.

- *Загальне завдання* – галузева програма «Контроль над нозокоміальними інфекціями у службі АІТ України».

- *Конкретні завдання – проекти:*

- «Гігієна рук у службі АІТ України».
- «Профілактика нозокоміальних інфекцій у службі АІТ України».

- «Мікробіологічний моніторинг та аналіз антибіотикорезистентності у службі АІТ України».

- «Стерилізація наркозно-дихальної апаратури у службі АІТ України».

- «Утилізація колючо-ріжучого інструментарію у службі АІТ України».

- «Нормативно-правове регулювання інфекційної безпеки у службі АІТ України».

Алгоритм впровадження модуля хірургічної безпеки у форматі тієї ж імплементаційної моделі може бути представлений так:

- *Надмета* – підвищення рівня БП і персоналу у службі АІТ України.

- *Мета* – зменшення кількості медичних помилок і ятрогенних ускладнень при проведенні хірургічних утручань з анестезіологічною допомогою.

- *Загальне завдання* – галузева програма «Хірургічна безпека в закладах охорони здоров'я України».

- *Конкретні завдання – проекти:*

- «Впровадження у службі АІТ України чек-листів ВООЗ з безпеки хірургічного втручання і пологів».

- «Впровадження у службі АІТ України чек-листа ВООЗ з надання медичної допомоги при політравмі».

- «Впровадження у службі АІТ України чек-листів Європейського Товариства Анестезіологів з менеджменту найбільш розповсюджених невідкладних станів в анестезіології».

- «Впровадження у службі АІТ України протоколів Європейського Товариства Анестезіологів з цільової периопераційної інфузійної терапії».

- «Впровадження у службі АІТ України мінімальних стандартів периопераційного моніторингу пацієнтів у службі АІТ України».

- «Подальший розвиток інгаляційної анестезії в Україні».

- «Впровадження у службі АІТ України палат післянаркозного спостереження за пацієнтами».

Висновки

У теорії, розробка всеохоплюючого плану з БК та його повна реалізація повинні наблизити нас до ідеалізованого бачення домену БП у майбутній системі охорони здоров'я – створення ідеально безпечного медичного середовища, в якому усі об'єкти і суб'єкти процесу надання медичної допомоги надійно захищені від його потенційних загроз. На практиці, однак, розвиток медичної науки створюватиме нові виклики БП та персоналу, а тому процес вдосконалення системи охорони здоров'я в аспекті БП є настільки ж безкінечним, як і прогрес медицини. Наведена в роботі прикладна модель дозволяє полегшити завдання реалізації на практиці положень стратегічного плану дій з БП у службі АІТ України через нескладний 5-рівневий імплементаційний алгоритм.

Література

1. Зелена книга Національного плану дій з безпеки пацієнтів та матеріали Першого національного конгресу з безпеки пацієнтів. – Київ, 2012. – 300 с.
2. Федосюк Р. М. Основні пріоритети служби анестезіології та інтенсивної терапії України у сфері безпеки пацієнтів / Р. М. Федосюк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 110–117.
3. Федосюк Р. М. Пропозиції до національного плану дій з безпеки пацієнтів (проект) [Електронний ресурс] / Р. М. Федосюк. – Режим доступу : http://anaesthesiaconference.kiev.ua/materials_2014/0006_R.M.Fedosyuk.pdf. – Назва з екрана.
4. Федосюк Р. Н. Стратегический план действий по безопасности пациентов для службы анестезиологии и интенсивной терапии Украины: основные модули и их компоненты / Р. Н. Федосюк // Wiadomości Lekarskie. – 2017. – Т. LXX, № 3 (I). – С. 474–479.
5. Council of Europe. Action Plan for Ukraine 2011-2014 [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.coe.kiev.ua/uk/DPAInf\(2011\)17E%20Action%20Plan%20Ukraine.pdf](http://www.coe.kiev.ua/uk/DPAInf(2011)17E%20Action%20Plan%20Ukraine.pdf). – Title from screen.
6. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care [Electronic resource]. – Access mode : https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805ae8b5. – Title from screen.

7. *European charter of patients' rights* [Electronic resource]. – Access mode : http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf. – Title from screen.
8. *Fifty-fifth World Health Assembly Resolution WHA 55.18 «Quality of care: patient safety»* [Electronic resource]. – Access mode : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1. – Title from screen.
9. *Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press; 2001 [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>. – Title from screen.
10. *London Declaration. Patients for Patients Safety* [Electronic resource]. – Access mode : http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/London_Declaration_EN.pdf. – Title from screen.
11. *Luxembourg Declaration on Patient Safety* [Electronic resource]. – Access mode : http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf. – Title from screen.
12. *Mellin-Olsen J. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology* / J. Mellin-Olsen, S. Staender, D. Whitaker [et al] // *Eur. J. Anaesthesiol.* – 2010. – Vol. 27, № 7. – P. 592–597.
13. *Moreno R. P. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna* / R. P. Moreno, A. Rhodes, Y. Donchin // *Intensive Care Med.* – 2009. – Vol. 35, № 10. – P. 1667–1672.
14. *Pineault R., Daveluy C. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies* / Agences d'Arc Inc. Edition. – Paris, 1986. – 480 p.
15. *SIMPATIE-project: Safety Improvement for Patients In Europe* [Electronic resource]. – Access mode : <http://home.versatel.nl/nws.vander.hoeff/pdf/simpatie.pdf>. – Title from screen.
16. *The Launch of the World Alliance for Patient Safety* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/patientsafety/launch/en>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.10.2017 р.

Обоснование модели имплементации стратегического плана действий по безопасности пациентов в службе анестезиологии и интенсивной терапии Украины

Р.Н. Федосюк

ГУ «Украинский институт стратегических исследований Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

Цель – обосновать модель имплементации стратегического плана действий по безопасности пациентов в службе анестезиологии и интенсивной терапии Украины и представить развернутые варианты ее практического применения на примере модулей инфекционной и хирургической безопасности.

Материалы и методы. В основу имплементационной модели положена общая парадигма планирования в здравоохранении, предложенная канадскими учеными R. Pineault и C. Daveluy (1986 г.) и предполагающая компоновку любого плана на матрице из 3 горизонтально расположенных категорий (Перспектива-Интервенция-Подход), каждая из которых имеет 5-уровневую вертикальную иерархию подкатегорий: I – миссия-политика-законодательство, II – цель-генплан-стратегия, III – общая задача-программа-тактика, IV – конкретная задача-проект-тактика, V –

операционная задача-операционная деятельность-операционный подход. Прикладное значение модели продемонстрировано на примере модулей инфекционной и хирургической безопасности.

Результаты. Предложена прикладная модель имплементации плана действий по безопасности пациентов для службы анестезиологии и интенсивной терапии Украины, в которой план автора определен генеральным планом. Приведена релевантная к специальности характеристика основных категорий и подкатегорий модели. На примере модулей инфекционной и хирургической безопасности продемонстрированы возможные механизмы имплементации всех внутримодульных компонентов плана через программы и проекты.

Выводы. Приведенная в работе модель позволяет решить задачу реализации на практике положений стратегического плана действий по безопасности пациентов в службе анестезиологии и интенсивной терапии Украины через несложный 5-уровневый имплементационный алгоритм.

Ключевые слова: безопасность пациента, служба анестезиологии и интенсивной терапии, план действий, имплементация, модель.

**Substantiation of the implementation model
for the strategic patient safety action plan in
the anesthesiology and intensive care service of Ukraine**

R.M. Fedosiuk

PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches
MHC of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Purpose – to substantiate the implementation model for the strategic patient safety action plan in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine and present detailed versions of its practical application on the example of the infectious and surgical safety modules.

Materials and methods. The implementation model is based on the general paradigm of planning in healthcare proposed by Canadian scientists R. Pineault і C. Daveluy (1986) that assumes the layout of any plan on a matrix of 3 horizontally arranged categories (Perspective-Intervention-Approach), each of which has a 5-level vertical hierarchy of subcategories: I – mission-policy-legislation, II – goal-general plan-strategy, III – general objective-program-tactics, IV –

specific objective-project-tactics, V – operational task-operational activity-operational approach. Applied value of the model is demonstrated on the example of modules of infectious and surgical safety.

Results. An applied implementation model for the patient safety action plan in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine, in which the author's plan is defined as the general plan, is proposed. The relevant characteristics of the main categories and subcategories of the model are given. Possible mechanisms for implementing all the intra-modular components of the plan through programs and projects are demonstrated on the example of infectious and surgical safety modules.

Conclusions. The model allows to solve the problem of practical implementation of the provisions of the strategic patient safety action plan in the anesthesiology and intensive care service of Ukraine through a simple 5-level implementation algorithm.

Key words: patient safety, service of anesthesiology and intensive care, action plan, implementation, model.

Відомості про автора

Федосюк Роман Миколайович – к.мед.н., доц., пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; завідувач відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії Київської міської клінічної лікарні № 3; вул. Петра Запорожця, 26, м. Київ, 02125, Україна.