



УДК 351.77:614.2]:351.86

## КОРЕЛЯТИВНІ ІНДИКАТОРИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК УМОВА НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ СУЧАСНОЇ ДЕРЖАВИ

**А. І. Кланца,**

кандидат медичних наук, докторант кафедри публічного управління та адміністрування, Інститут підготовки кадрів Державної служби зайнятості України

У межах статті здійснено теоретико-методологічний аналіз корелятивних індикаторів громадського здоров'я як умови національної безпеки держави в контексті сучасних дослідницьких підходів. На підставі цього класифіковано їх за показниками результативності процесу виліковування захворювань, які мають складний протокол, та ефективності надання медичної допомоги. Доведено, що індикатори громадського здоров'я мають певну відмінність залежно від специфіки розвитку самої держави та інституційного забезпечення якості медичної допомоги. Класифіковано національний та регіональний рівні організації охорони здоров'я, для кожного з яких притаманні численні індикатори якості медичної допомоги, що відображають її основні складові: ресурси (структура організації медичних закладів), процес та результат.

*Ключові слова:* охорона здоров'я, громадське здоров'я, національна безпека, національні системи охорони здоров'я, безпековий потенціал держави, моніторинг здоров'я нації, соціальна безпека у сфері громадського здоров'я, медико-демографічні показники, індекс громадського здоров'я, індикатор якості медичної допомоги.

**A. I. Klantsa,**

Ph.D in Medicine, Doctoral Student of the Public Management and Administration Chair, The Institute of Personnel Training of the State Employment Service of Ukraine

### CORRELATION INDICATORS OF PUBLIC HEALTH AS A CONDITION OF NATIONAL SECURITY OF THE MODERN STATE

Within the framework of this article, theoretical and methodological analysis of correlational indicators of public health as a condition of national security of the state in the context of modern research approaches has been made, on the basis of which they have been classified according to the indicators of the effectiveness of the process of curing diseases that have a complex protocol and the effectiveness of the provision of medical care. That indicators of public health have a certain difference depending on the specifics of the development of the state and the institutional quality assurance of medical care, classified national and regional level Health Organization, each of which are inherent in many indicators of quality of care, reflecting its main components: the resources (organization structure of hospitals) process and result.

*Key words:* health care, public health, national security, national health systems, state security potential, monitoring of health of the nation, social security in the field public health, medical and demographic indicators, public health index, quality indicator of health care.

**А. И. Кланца,**

кандидат медицинских наук, докторант кафедры публичного управления и администрирования, Институт подготовки кадров Государственной службы занятости Украины

### КОРЕЛЯТИВНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ КАК УСЛОВИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ГОСУДАРСТВА

В рамках статьи осуществлен теоретико-методологический анализ коррелятивных индикаторов общественного здоровья как условия национальной безопасности государства в контексте современных исследовательских подходов. На основании этого они классифицированы по показателям результативности процесса излечения заболеваний, которые имеют сложный протокол, и эффективности оказания медицинской помощи. Доказано, что индикаторы общественного здоровья имеют определенное различие в зависимости от специфики развития самого государства и институционального обеспечения качества медицинской помощи. Классифицированы национальный и региональный уровни организации здравоохранения, для каждого из которых характерны многочисленные индикаторы качества медицинской помощи, отражающие ее основные составляющие: ресурсы (структура организации медицинских учреждений), процесс и результат.

*Ключевые слова:* здравоохранение, общественное здоровье, национальная безопасность, национальные системы здравоохранения, потенциал безопасности государства, мониторинг здоровья нации, социальная безопасность в сфере общественного здоровья, медико-демографические показатели, индекс общественного здоровья, индикатор качества медицинской помощи.

© Кланца А. И., 2017

**Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями.** Структурно-функціональний аналіз громадського здоров'я як умови національної безпеки держави зумовлює доцільність ідентифікації та класифікації основних індикаторів, які визначають сферу його ресурсного потенціалу щодо забезпечення стабільної життєдіяльності населення. Це безпосередньо передбачає розроблення певної інформаційної системи забезпечення громадського здоров'я, яка б відображала показники її змін, залежні від об'єктивних факторів функціонування охорони здоров'я, та параметри контролю за процесом збереження й підвищення якості громадського здоров'я, а відтак і утвердження ефективної національно регламентованої моделі надання медичної допомоги населенню.

**Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячується означена стаття.** Під корелятивними індикаторами доцільно розуміти окремі змінні, які слугують індикативною умовою для забезпечення й ідентифікації якості громадського здоров'я і які визначають сферу захисту національної безпеки держави. У цьому контексті корелятивні індикатори дають змогу здійснити своєрідну методологічну діагностику громадського здоров'я, визначити його цілі, орієнтири та інструменти, які слугують стабільності життєдіяльності населення, що тим самим є функціональною умовою забезпечення національної безпеки держави. У загальнометодологічному аспекті корелятивні індикатори залежать від конкретних управлінських рішень, які приймаються відповідними інституційними структурами у сфері охорони здоров'я відповідно до чітко визначених цілей орієнтирів держави щодо забезпечення громадського здоров'я, аби держава володіла належним безпековим потенціалом у різних сферах суспільного життя.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор.** Запровадження індикативної методики, представленої в межах сучасних дослідницьких підходів, дало змогу здійснити певний фазовий огляд статистики й динаміки громадського здоров'я залежно від об'єктивних умов та суб'єктивних факторів впливу на його функціонування з боку відповідних інституційних структур. Значний інтерес у цьому сенсі становлять дослідження А.Маєра, М.Девіса, Дж.Мейза [26], М.Шейна [33], Е.Полубенцева, Г.Улумбекова, К.Сайткулова [27], які дали змогу простежити певну соціальну

реакцію на функціональну чи дисфункціональну діяльність інституційних структур, зобов'язаних гарантувати позитивний мультиплексний ефект для системи громадського здоров'я в напрямі відповідності їх діяльності об'єктивним потребам функціонування означеної сфери.

Проаналізовано також поняття і принципи основи теорії якості та стандартів медичної допомоги, що досліджуються А.Бойко [8]. Заслужують на увагу наукові розвідки Д.Шипунова, В.Задоріна, В.Савінова, Е.Попова щодо стандартизації якості медичної допомоги з позицій цільового методу управління у сфері охорони здоров'я [14]; У.Хабрієва, П.Воробйова, А.Юрьєва, Е.Ніконова, М.Авксентьєва щодо формування основних підходів із визначення індикаторів якості надання медичної допомоги [17]. Проаналізовано сучасні тенденції і проблеми із досягнення відповідної якості медичної допомоги, що досліджує у своїх наукових працях Н.Михайлов [16].

Таким чином, слідуючи таким дослідницьким цілям індикатори громадського здоров'я мають слугувати структурною умовою для спостереження та вимірювання характеристик сфери громадського здоров'я, ідентифікації його статичних і динамічних величин, які дають змогу оцінити пороговість та стан її розвитку.

**Формулювання цілей статті (постановка завдання).** Метою статті є теоретико-методологічний аналіз індикаторів громадського здоров'я як умови національної безпеки держави. Досягнення визначеної мети зумовлює вирішення низки завдань, а саме: класифікувати індикатори громадського здоров'я за показниками результативності процесу виліковування захворювань, які мають складний протокол, та ефективності надання медичної допомоги; установити, що індикатори громадського здоров'я мають певну відмінність залежно від специфіки розвитку самої держави та інституційного забезпечення якості медичної допомоги; на підставі цього класифікувати національний та регіональний рівні організації охорони здоров'я, для кожного із яких притаманні численні індикатори якості медичної допомоги, які відображають її основні складові.

**Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.** Окремою групою індикаторів громадського здоров'я є *корелятивні індикатори*. До цієї групи індикаторів, на нашу думку, доцільно віднести:

1. *Доступність медичної допомоги*, яка характеризує своєчасну можливість отримання "об'єктивно необхідної медичної допомоги"

незалежно від місця проживання. Здебільшого доступність медичної допомоги характеризує “реальну можливість отримання населенням необхідної медичної допомоги незалежно передусім від соціального статусу, місця та умов проживання, географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних та мовних бар’єрів” [1]. У цьому разі категорія “доступність медичної допомоги” символізує методологічну можливість вільного доступу громадян до інститутів сфери охорони здоров’я. Така доступність медичної допомоги регламентується конституційними нормами національних держав, які визначають порядок та обсяг надання медичних послуг, які чітко корелюються з ресурсним потенціалом держави, кваліфікованими можливостями медичного персоналу та рівнем розвитку інноваційних медичних технологій. Це свідчить також і про те, що доступність медичної допомоги як важлива умова громадського здоров’я, відображаючи економічний потенціал держави, відкриває широкий простір для реалізації можливостей конкретної людини щодо отримання нею всезагального та рівного доступу до всієї системи медичних послуг.

Водночас варто враховувати і той факт, що розширення доступності медичної допомоги залежить від економічного становища держави, проте жодна держава не може витратити на здоров’я більш ніж 15% ВВП, оскільки це негативно позначається на цінах товарів, які виробляються державою, що може призвести до того, що вона втратить свою конкурентність у цьому сегменті ринку [2]. Це свідчить про те, що обмеженість ресурсів, які виділяються на сферу надання медичних послуг, є показником зниження ресурсного потенціалу розвитку медичної галузі в державі. У такий спосіб, аби забезпечити зростання ресурсного потенціалу медичної галузі, має бути раціоналізована політика розподілу коштів на її функціонування, що тим самим має слугувати підвищенню якості надання медичних послуг.

Аби політика держави слугувала розширенню умов доступності медичних послуг громадянам, має проводитись постійний аудит ефективності медичних послуг, і ті з них, які виходять за шкалу своєї результативності, мають бути вилучені, а натомість запроваджена оновлена вертикаль медичних послуг. З одного боку, це дасть змогу скоротити витрати на неефективні види медичних послуг, тим самим розширивши раціональну практику справедливого використання “обмежених ресурсів” щодо надання відповідних медичних послуг. Варто відзначити, що такий підхід застосовується в усіх без винятку державах, незалежно від рівня

їх економічного розвитку чи геополітичного статусу. Тому, на думку С.Коуста, “у бідних державах відкрита та повсякчасна раціоналізація стосується всіх без винятку видів медичної допомоги, а в економічно багатих країнах вона зазвичай обмежена високовартісними видами допомоги чи окремими групами громадян, яким вона надається” [3]. Доступність медичної допомоги визначається низкою об’єктивних факторів, серед яких:

- збалансованість необхідних обсягів медичної допомоги населенню з можливостями держави;
- високий рівень кваліфікації медичних кадрів;
- наявність на конкретних територіях необхідних інноваційних медичних технологій;
- можливість вільного вибору пацієнтом лікаря та медичної організації;
- наявність транспортних можливостей, які забезпечують своєчасне отримання медичної допомоги;
- належний рівень суспільної освіти з проблем збереження і зміцнення здоров’я, профілактики захворювань [3].

Саме з урахуванням цих факторів має здійснюватися стандартизація медичної допомоги, яка є гарантом повноцінної доступності громадян до закладів охорони здоров’я. Щоб гарантувати таку доступність, стандартизація медичної допомоги має включати два основних параметри: мінімальна обов’язкова доступність та оптимальна доступність високовартісної допомоги, що ґрунтується за застосуванні високотехнологічних видів медичної допомоги, яка у ХХ ст. має ставати все більш доступною в загальнопланетарному масштабі. Саме тому наступним індикатором громадського здоров’я має виступати адекватність медичної допомоги потребам та можливостям соціально-економічного розвитку держави, що визначає її спроможність гарантувати високоякісну медичну допомогу громадянам, а це, у свою чергу, є запорукою утвердження високих стандартів громадського здоров’я.

2. *Адекватність медичних послуг* є структурно важливим корелятивним індикатором, який визначає залежність і вказує на відповідність системи охорони здоров’я потребам та очікуванням населення щодо гарантування якості функціонування медичної системи. Ідеться про відповідність технологій медичного обслуговування потребам та запитам суспільства щодо отримання якісної медичної допомоги в конкретно визначений термін та відповідно до чітко визначених стандартів гарантування громадського здоров’я.

3. *Безперервність медичної допомоги* є також одним із корелятивних індикаторів громадського

здоров'я як умови національної безпеки держави. Безперервність передусім пов'язана із спадкоємністю форм та прийомів високотехнологічної медичної допомоги хворим, яка чітко стандартизується для того, щоб гарантувати стабільність громадського здоров'я. Саме тому окремим корелятивним індикатором виступає стандартизація медичних послуг, яка визначає сферу функціонування та якість громадського здоров'я.

4. *Стандартизація медичних послуг*, що передбачає застосування чітко визначених нормативів забезпечення гарантій якості медичних послуг і захисту прав та інтересів хворих. Під стандартом медичної допомоги розуміється “нормативний документ, який установлює вимоги до процесу надання медичних послуг при конкретному виді патології з урахуванням сучасних уявлень про необхідні методи діагностики, профілактики, лікування, реабілітації та можливостей конкретної системи медичної допомоги, яка забезпечує її належну якість” [4].

У більшості держав сучасного світу індикатори стандартизації забезпечують “ефективність надання медичних послуг як умови нормативного забезпечення гарантій якості медичної допомоги” [5]. Виходячи з цього стандартизація медичних послуг є важливою умовою та механізмом забезпечення їх доступності для різних груп громадськості незалежно від стратифікаційної групи, до якої вони належать. У переважній більшості держав, які мають високі показники соціально-економічного розвитку, запроваджено регламенти, які визначають наявність відповідних нормативно-правових систем, що забезпечують створення та функціонування організаційних структур у сфері охорони здоров'я та забезпечення громадського здоров'я. Це свідчить про те, що саме професійні стандарти в медичній сфері є структурно-функціональною умовою, яка гарантує стандартизовану ресурсність, процесуальну діагностичність та профілактичну результативність забезпечення громадського здоров'я.

Важливим елементом стандартизації медичної допомоги є медичні технології, які забезпечують інноваційну оптимальність медичної галузі в межах конкретної держави. Ідеться про те, що оновлення стандартів медичних послуг має супроводжуватись шляхом запровадження в медичну практику новітніх медичних технологій. Виходячи з цього в межах кожної держави існує своя вертикаль як реєстрації та запровадження медичних технологій, що детерміновано залежить від особливостей організації її соціально-економічної сфери. На глобальному рівні такі функції

від національних держав делегуються певним транснаціональним структурам, які здійснюють оцінку та запровадження в практику відповідних медичних технологій. До них, зокрема, належать ІНАНТА – Міжнародна мережа агентств з оцінки медичних технологій та НТАІ – громадська організація оцінки технологій у сфері охорони здоров'я. Діяльність таких структур слугує нормативному врегулюванню процесів розроблення, впровадження та визначення результативності медичних технологій.

Варто відзначити, що регламентація медичних технологій та процедур створюють передумови для уніфікації медичних стандартів лікування хворих. Це передусім передбачає запровадження так званих медико-економічних стандартів, на основі яких мають будуватись відповідні протоколи діагностики та лікування хворих і які позбавлені національної чи територіальної прив'язки. Водночас це також ставить питання доцільності застосування стандартів у межах певних національних систем охорони здоров'я не лише за окремими напрямками, фрагментарно, а загальноінституційно, за якими має відбуватись розвиток стандартизації медичної галузі. Саме на основі останньої має розроблятись нормативно-правова база стандартизації організаційної структури медичних інститутів, їх діяльності, включаючи протоколи діагностики та лікування.

Аналізуючи сучасні особливості та детермінанти функціонування медичної сфери, варто відзначити, що стандартизація медичних послуг є стратегічною умовою її модернізаційного оновлення. Ідеться про те, що її функціональний ряд забезпечується на основі безперервного оновлення стандартів, які приводять до узгодження параметрів затрат і результативності системи охорони здоров'я та якості надання медичних послуг. Саме виходячи з цього мають розроблятись нормативи забезпечення якості медичної допомоги, яка корелюється із запитами ринку медичних послуг та можливостями певних соціально-економічних систем держав оптимізувати ресурсне забезпечення сфери громадського здоров'я. Такий підхід передбачає введення так званих клініко-економічних стандартів, які запроваджуються в розвинених державах світу, що передбачає проведення методики комплексної оцінки стану громадського здоров'я виходячи з критеріїв оптимізації ресурсного забезпечення медичної сфери. Зазначений підхід, на думку П.Шарена, аби гарантувати високу якість громадського здоров'я, має передбачати “надання медичних послуг кваліфікованим медичним персоналом відповідно

до чітко визначених територіальних стандартів медичної допомоги, що супроводжується відсутністю мультиплексної можливості допущення медичних помилок” [6].

5. *Індикатор своєчасності медичних послуг* характеризує можливість надання доступної медичної допомоги в конкретних умовах, які зумовлюють її доцільність. Своєчасність медичних послуг як індикатор громадського здоров'я визначається “високоєфективними діагностичними процедурами”, які забезпечують лікування хворих та профілактику різних форм захворювань. Своєчасність також супроводжується застосуванням науково-технологічних інновацій щодо методів лікування, діагностики і профілактики захворювань. Це свідчить про те, що своєчасність медичної допомоги має супроводжуватись “урахуванням сучасних досягнень у сфері медичних знань та технологій”.

Запровадження відповідних інновацій у сфері медицини має супроводжуватись експертизою якості медичної допомоги, що є важливою умовою оптимізації умов своєчасності надання медичних послуг. З огляду на це експертиза як індикатор громадського здоров'я спрямована на “виявлення лікарських помилок та уникнення дефектів надання медичної допомоги” [7]. Під дефектами традиційно розуміється “неналежне проведення діагностики, лікування хворих, організації процесу надання медичної допомоги, що призводить до летального результату при неналежному медичному втручанні” [8]. Виходячи з цього певне нормативне закріплення здобув термін “ятрогенія”, який характеризує дефекти надання медичної допомоги, що супроводжується виникненням нових захворювань, які з'являються через неякісне медичне втручання, “шляхом здійснення неналежних профілактичних, діагностичних, реанімаційних, лікувальних та реабілітаційних медичних процедур” [9]. Для гарантування високої результативності громадського здоров'я як умови національної безпеки система охорони здоров'я має володіти чіткими методиками ідентифікації дефектів медичної допомоги, які є результатом зовнішнього медичного втручання. До таких дефектів традиційно відносять:

- *навмисні дефекти* – дефекти, які пов'язані з навмисними медичними злочинами;

- *необережні дефекти* – дефекти, які містять ознаки необережних злочинів у сфері надання медичної допомоги;

- *помилкові дефекти* – дефекти надання медичної допомоги, пов'язані з незловмисними хибними діями медичних працівників, які не містять ознак навмисності та необережності;

- *випадкові дефекти* – дефекти надання медичної допомоги, пов'язані з непередбаченим збігом обставин за правомірних дій медичних працівників [10].

З огляду на наведені вище дефекти, їх синерійна природа та дисфункціональність породжують певні виклики для громадського здоров'я як умови національної безпеки держави. Так, зокрема, за даними міжнародної статистики, до основних причин дефектів у медичних працівників належать “недостатня кваліфікація медичних працівників – 24,7%, недостатнє обстеження пацієнтів – 14,7%, неуважне ставлення до хворих – 14,1%, недоліки в організації лікувального процесу – 13,8%, недооцінка важкості стану хворого – 2,6% [11].

Аби мультиплексність таких дефектів була мінімальною, має бути чітко нормативно регламентованим поняття медичної помилки, процедур її ідентифікації та інструментів виправлення. Під медичною помилкою традиційно розуміється завдана шкода здоров'ю або життю пацієнта, яка викликана помилковими діями або бездіяльністю медичного персоналу, що характеризується його незловмисними хибними діями за належного ставлення до своїх професійних обов'язків та відсутністю ознак навмисної шкоди, халатності, недбалості чи необережності [12]. Саме тому, зокрема, в програмі підготовки лікарів у США значний блок містить перелік тренінгових дисциплін, які стосуються подолання медичних помилок, надання якісної медичної допомоги, тестування медичних фахівців на рівень їх професіоналізму, виявлення здібностей до застосування ними сучасних діагностичних та лікувальних технологій, методології страхування професійної відповідальності медичних працівників. Доцільність тренінгових дисциплін такої предметної спрямованості зумовлена тим, що за даними Американської асоціації лікарів “щорічно у США з вини медичних працівників помирає більше 200 тис. людей, майже така кількість людей також помирає від неправильного призначення чи побічних дій ліків, зокрема від 3–5% хворих потрапляє на стаціонарне лікування через побічний ефект дії лікарських препаратів, що в десятки разів більше ніж унаслідок помилок хірургів [13].

Зробивши помилку, медичний працівник виявляється залежним від недосконалості медичної науки, архаїчності її методів, а також від атиповості протікання певних захворювань, які не мають досконалих протоколів їх виліковуваності. Саме тому, аби індикатор своєчасності медичних послуг належно відображав параметри громадського здоров'я як умови національної безпеки

держави медична сфера стратегічно й тактично має бути “заточена” під інтереси пацієнта. Це, у свою чергу, передбачає активну участь останнього у прийнятті рішень щодо надання йому якісної медичної допомоги та гарантування лікарської таємниці. Це ставить питання про безпеку самого процесу лікування пацієнтів, мінімізації викликів для його санітарно-епідеміологічної небезпеки.

6. *Індикатор ефективності та дієвості медичної сфери* характеризує відповідність фактичного надання медичних послуг “оптимальному для конкретних умов результату” [14, с. 35]. Ідеться про те, що ефективність системи охорони здоров’я та результативність сфери медичних послуг гарантують певний оптимум лише за конкретних умов та за наявності відповідного ресурсного забезпечення. Це безпосередньо свідчить про те, що дієвість та ефективність медичної сфери визначається її відповідністю чітко визначеним стандартам, які нормативно регламентують параметри її функціонування. На думку експертів ВОЗ, оптимальна медична допомога це передусім сфера медичних послуг, яка узгоджена з відповідними стандартами, які регламентують усю систему охорони здоров’я [15].

7. *Індикатор якості оцінки правильності дій медичного персоналу* базується на дотриманні стандартів надання медичної допомоги, включаючи багаторівневу експертизу та аудит її результативності. Така багаторівнева експертиза здійснюється з боку трьох суб’єктів: (1) з боку надавача медичних послуг, який забезпечує внутрішній контроль їх якості (показники якості та ефективності медичної допомоги застосовуються для диференціації оплати праці медичного персоналу); (2) з боку споживача медичних послуг (споживацький (позавідомчий) контроль за якістю); (3) з боку організацій, незалежних від споживачів та надавачів медичних послуг (зовнішній контроль якості) [16, с. 60].

У структурі багаторівневої експертизи особливу роль відводиться позавідомчій експертизі якості оцінки правильності дій медичного персоналу, яка включає моніторинг ресурсно-технологічних та кадрових можливостей відповідних медичних інституцій. Основним завданням суб’єктів позавідомчої експертизи якості медичної допомоги є “експертиза медичної й медико-економічної діяльності з метою забезпечення права громадян на отримання медичної допомоги належної якості та перевірки ефективності використання ресурсів охорони здоров’я, а також ефективності використання ресурсів охорони здоров’я” [17, с. 11]. Цей вид експертизи стратегічно і функці-

онально спрямований на оцінку можливостей на структурній спроможності медичної інституції щодо надання заявлених медичних послуг, а також відповідність її діяльності чітко визначеним стандартам. Такий контекст функціонально увиразнює доцільність запровадження єдиних універсальних підходів, принципів та критеріїв оцінки якості медичної допомоги, а виходячи з цього вона має базуватись на запровадженні єдиних та універсальних професійних стандартів, регламентованих національним законодавством.

Виходячи із цього аби індикатор якості оцінки правильності дій медичного персоналу слугував розширенню сфери громадського здоров’я в межах кожної національної системи охорони здоров’я, має бути розроблена ефективна методологія управління якістю медичних послуг. Ідеться про створення певного технологічного симбіозу, який би забезпечив високу результативність у запобіганні та протистоянні дефектам медичної допомоги. На думку Х. Ван де Вотера, під ефективною методологією управління якістю медичних послуг слід розуміти “не просто оцінку кінцевого результату, а створення спеціального технологічного процесу, який забезпечує дотримання певних вимог та норм” [18, с. 330–331]. Переважно йдеться про створення спеціальних технологічних умов функціонування системи охорони здоров’я, відхилення від яких завжди має об’єктивний характер, оскільки обумовлено не діями суб’єктів медичної сфери, а факторами системи охорони здоров’я, в яку вони включені. Враховуючи те, що кожна держава має власну національну систему охорони здоров’я, а відтак володіє ментально регламентованою методологією управління якістю у сфері громадського здоров’я, постає доцільність конкретизації єдиних організаційних завдань, для реалізації яких мають функціонувати національні системи охорони здоров’я в напрямі забезпечення управління якістю медичної допомоги. До таких організаційних завдань, базуючись на аналізі міжнародного досвіду, експерти ВООЗ відносять:

- міжвідомчу взаємодію структур управління, лікувально-профілактичних закладів та закладів системи медичного страхування, медичних асоціацій, громадських організацій пацієнтів [19];

- розроблення єдиної методики внутрішньої та зовнішньої експертизи якості медичної допомоги, також показників якості медичної допомоги та методів оцінки цих показників [20];

- розробку та впровадження системи моніторингу якості медичної допомоги, спрямованої на збирання інформації з наступним аналізом та

прийняттям управлінських рішень щодо вдосконалення довгострокового планування [21];

- розвиток системи стандартизації, ліцензування, сертифікації, акредитації у сфері охорони здоров'я [22];

- розробку та впровадження системи мотивації та економічних механізмів стимулювання медичних працівників залежно від обсягу проробленої роботи, якості та результатів надання медичної допомоги [23].

З метою вдосконалення системи якості оцінки медичних послуг у більшості держав, де представлена успішна модель громадського здоров'я, яка є гарантом посилення національної безпеки держави, створено центри стандартизації охорони здоров'я, які наділені функціями ліцензування, акредитації та сертифікації медичних послуг. Основним спрямуванням їх діяльності є запровадження спільних для всіх національних систем охорони здоров'я критеріїв оцінки якості медичної допомоги, яка зводиться до “мінімізації помилок та оптимізації використання фінансових ресурсів за умови обов'язкової стандартизації процесів надання медичної допомоги, що має слугувати підвищенню якості життя людини” [24].

Виходячи з цього оцінка якості медичної допомоги має включати аналіз таких основних позицій, які визначають сферу результативності громадського здоров'я, як умови національної безпеки держави. До них безпосередньо належать:

- якість матеріально-технічної бази медичних закладів та діяльності медичного персоналу [25];

- розвиток інноваційних медичних технологій, які є гарантом підвищення якості медичних послуг;

- наявність затверджених технологій надання медичних послуг [10];

- наявність оптимізованих організаційних технологій надання медичної допомоги [26];

- наявність показників оцінки здоров'я пацієнтів та їх оцінка у процесі лікування [27];

- аналіз відповідності отриманих клінічних результатів та затрат [28].

З метою посилення об'єктивності функціональної ролі оцінки якості медичної допомоги у більшості держав Європейського Союзу діє *Відкрита система оцінки якості медичної допомоги*, так званий “Європейський індекс споживачів медичних послуг” [29, с. 25]. На її основі щорічно складається рейтинг медичних закладів, який ранжується за балами, що дає змогу встановити відкритість чи закритість національної системи охорони здоров'я щодо реалізації інтересів пацієнтів. Відповідно до “Європейського індексу

споживачів медичних послуг – 2017” [30] відкритість систем охорони здоров'я визначається критеріями, які забезпечують громадянам можливість реалізувати свої права на отримання якісних медичних послуг.

Виходячи з цього критерію в 2017 р. перше місце посіла Австрія, яка із 1000 балів набрала 806 за рівнем якості послуг [21], за рівнем комфорту медичних закладів, зниження показників смертності та лікарських помилок перше місце посіла Данія [32], за якістю лікування перші позиції посіли Бельгія та Швеція, що стосується оцінки пацієнтами медичних послуг, які вижили після важких хвороб [32].

З огляду на вищезазначене формування оптимальної системи громадського здоров'я має базуватись на класифікації збалансованої системи індикаторів, які дають змогу встановити, з одного боку, досконалість її організаційної структури, а з другого – прилаштування її пріоритетів під стратегічні завдання розвитку сфери охорони здоров'я та реалізацію функціональних стратегій забезпечення ефективності соціальної політики держави. Тобто структурним імперативом індикаторів забезпечення громадського здоров'я має виступати профілактика певних медичних дефектів, яка складає “25% загальної вартості медичних послуг, на відміну від частки вартості подолання наслідків медичних дефектів, яка сягає близько  $\frac{3}{4}$  вартості послуг” [33].

Дотримуючись методології такого підходу, система управління якістю громадського здоров'я має базуватись на розробленні та утвердженні стандартів, які забезпечують профілактику медичних дефектів, яка слугує стратегічною умовою підвищення якості та тривалості життя населення. У більшості випадків профілактика захворювань та рання діагностика слугують скороченню ресурсних затрат на систему охорони здоров'я та забезпеченню ефективності її функціонування.

Базуючись на такій методології в Україні доцільно створити Інститут стандартизації медичної допомоги, який би здійснював клінічне керівництво протоколами ведення хворих, забезпечував стандартизацію діагностики та лікування пацієнтів, запровадження високотехнологічних видів медичної допомоги, які слугують підвищенню якості медичного сервісу. Аби задати дієві стандарти розвитку медичної сфери в Україні, за основу має виступати приклад створення зразкових організацій сфери охорони здоров'я, які відповідали б найвищим показникам якості надання медичних послуг та облаштування ме-

дичного сервісу, включаючи високотехнологічне оснащення, висококваліфікований медичний персонал, високий рівень професійної культури діяльності.

**Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі.** Таким чином, здійснений нами аналіз індикаторів громадського здоров'я як умови національної безпеки держави дав змогу класифікувати їх за показниками: результативності процесу вилікування захворювань, які мають складний протокол, ефективності надання медичної допомоги, технологічної компетентності медичних працівників, безпеки пацієнтів і медичного персоналу, безперервності та вдовolenня хворих щодо певних лікувальних і профілактичних заходів.

Доведено, що індикатори громадського здоров'я мають певну відмінність залежно від специфіки розвитку самої держави та інституційного забезпе-

чення якості медичної допомоги. На підставі цього класифіковано національний та регіональний рівні організації охорони здоров'я, для кожного з яких притаманні численні індикатори якості медичної допомоги, які відображають її основні складові: ресурси (структура організації медичних закладів), процес та результат. Одним із таких індикаторів, який виступає ресурсною умовою забезпечення національної безпеки, є тривалість життя, з урахуванням чого більшість держав свою політику розгортають у напрямі розроблення та запровадження національно регламентованих демографічних моделей продовження тривалості життя.

Виходячи із зазначеного одним із перспективних напрямів подальших досліджень у цьому напрямі має стати розроблення та утвердження стандартів, які забезпечують профілактику захворювань, що слугує стратегічною умовою підвищення якості та тривалості життя населення.

#### Список використаних джерел

1. Lienhardt C. What research is needed to stop TB? Introducing the TB research movement [Електронний ресурс] / Lienhardt C. et al. – PLoS Medicine, 2011. – Режим доступу : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001135> PMID:22140369
2. Priorities in operational research to improve tuberculosis care and control. – Geneva : World Health Organization, 2011.
3. Costa C. H. Vaccines for the leishmaniasis: proposals for a research agenda [Електронний ресурс] / Costa C. H. et al. – PLoS Neglected Tropical Diseases, 2011, 5:e943.doi. – Режим доступу : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000943> PMID:21468307
4. Research priorities for Chagas disease, human African trypanosomiasis and leishmaniasis. – Geneva : World Health Organization, 2012.
5. Dujardin J. C. Research priorities for neglected infectious diseases in Latin America and the Caribbean region [Електронний ресурс] / Dujardin J. C. et al. – PLoS Neglected Tropical Diseases, 2010, 4:e780.doi. – Режим доступу : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000780> PMID:21049009
6. Sharan P. Mental health research priorities in low- and middle-income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean [Електронний ресурс] / Sharan P. et al. // *The British Journal of Psychiatry*. – 2009. – 195:354-363.doi. – Режим доступу : <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.108.050187> PMID:19794206
7. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия – США. Российско-Американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству. Комитет по здравоохранению. Доступность качественной медицинской помощи. – М., 2016. – 627 с.

#### References

1. Lienhardt, C. et al. (2011), "What research is needed to stop TB? Introducing the TB research movement", PLoS Medicine, available at : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001135> PMID:22140369 (Accessed 12 July 2017).
2. (2011), "Priorities in operational research to improve tuberculosis care and control", World Health Organization, Geneva, Switzerland.
3. Costa C. H. et al. (2011), "Vaccines for the leishmaniasis: proposals for a research agenda", PLoS Neglected Tropical Diseases, 5:e943.doi, available at : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000943> PMID:21468307 (Accessed 15 July 2017).
4. (2012), *Research priorities for Chagas disease, human African trypanosomiasis and leishmaniasis*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
5. Dujardin J. C. et al. (2010), "Research priorities for neglected infectious diseases in Latin America and the Caribbean region", PLoS Neglected Tropical Diseases, 4:e780.doi, available at : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000780> PMID:21049009 (Accessed 15 July 2017).
6. Sharan P. et al. (2009), "Mental health research priorities in low- and middle-income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean", *The British Journal of Psychiatry* [Online], 195:354-363.doi, available at : <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.108.050187> PMID:19794206 (Accessed 11 July 2017).
7. (2016), *Kachestvo medicinskoj pomoshhi. Glossarij. Rossija – SShA* [The quality of medical care. Glossary. Russia – USA], The Russian-American Intergovernmental Commission for Economic and Technological Cooperation. Committee on Health. Availability of quality medical care, Moscow, Russian Federation.



8. Бойко А. Т. Качество и стандарты медицинской помощи (понятие и принципиальные основы) [Электронный ресурс] / А. Т. Бойко. – Режим доступа : [maps.spb.ru/ordinator/addelment/](http://maps.spb.ru/ordinator/addelment/)
9. Оценка качества здравоохранения США // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. – 2008. – № 2 (26). – С. 61–64.
10. Council on Medical Service, American Medical Association. Quality of care // *JAMA*. – 2015. – Vol. 256. – P. 1032–1034.
11. An international roadmap for tuberculosis research: towards a world free of tuberculosis. – Geneva : World Health Organization, 2016. – 589 p.
12. The malERA Consultative Group on Health Systems and Operational Research. A research agenda for malaria eradication: health systems and operational research [Электронный ресурс]. – *PLoS Medicine*, 2011, 8:e1000397.doi. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000397> PMID:21311588
13. Sizemore C. F. Transforming biomedical research to develop effective TB vaccines: the next ten years [Электронный ресурс] / Sizemore C. F., Fauci A. S. // *Tuberculosis* (Edinburgh, Scotland), 2012, 92 Suppl 1:S2-S3.doi. – Режим доступа : [http://dx.doi.org/10.1016/S1472-9792\(12\)70003-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1472-9792(12)70003-3) PMID:22441154
14. Стандартизация качества медицинской помощи как целевой метод управления в здравоохранении / Д. А. Шипунов, В. Ф. Задорин, В. И. Савинов, Е. Г. Попова // *Главврач*. – 2016. – № 11. – С. 33–37.
15. Jessee W. E. Quality Assurance in Health Care / W. E. Jessee, C. M. Schranz. – 2015. – № 2. – P. 137–144.
16. Михайлова Н. Качество медицинской помощи: современные тенденции и проблемы / Н. Михайлова // *Стандарты и качество*. – 2015. – № 6. – С. 58–62.
17. Индикаторы качества оказания медицинской помощи / Р. У. Хабриев, П. А. Воробьев, А. С. Юрьев и др. // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2016. – Вып. 10. – С. 10–14.
18. *Journal of Epidemiology and Community Health* / Van de Water H. P., Boshuizen H. C., Perenboom R. J. et al. – 2015. – Vol. 49. – № 3. – P. 330–331.
19. Ijsselmuiden C. Développement du système de recherche en santé: analyse et établissement des priorités en Tunisie [Development of health research system: analysis and defining priorities in Tunisia] / Ijsselmuiden C., Ghannem H., Bouzouaia N. – *La Tunisie Medicale*, 2009, 87:1-2. PMID:19522419.
20. Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness. Busan, Global Partnership for Effective Development Cooperation, 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [www.aideffectiveness.org/busanhlf4/](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/)
21. Lansang M. A. Building capacity in health research in the developing world / M. A. Lansang // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2004. – 236 p.
8. Bojko, A.T., “Quality and standards of medical care (concept and principles)”, available at : [maps.spb.ru/ordinator/addelment/](http://maps.spb.ru/ordinator/addelment/) (Accessed 17 July 2017).
9. (2008), “US Health Quality Assessment”, *Voprosy jekspertizy i kachestva medicinskoj pomoshhi*, vol. 2 (26), pp. 61–64.
10. (2015), “Council on Medical Service, American Medical Association. Quality of care”, *JAMA*, vol. 256, pp. 1032–1034.
11. (2016), *An international roadmap for tuberculosis research: towards a world free of tuberculosis*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
12. (2011), “The malERA Consultative Group on Health Systems and Operational Research. A research agenda for malaria eradication: health systems and operational research”, *PLoS Medicine*, 8:e1000397. doi, available at : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000397> PMID:21311588 (Accessed 20 July 2017).
13. Sizemore, C.F. and Fauci, A.S. (2012), “Transforming biomedical research to develop effective TB vaccines: the next ten years”, *Tuberculosis*, Edinburgh, Scotland, 92 Suppl 1:S2-S3.doi, available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S1472-9792\(12\)70003-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1472-9792(12)70003-3) PMID:22441154 (Accessed 20 July 2017).
14. Shipunov, D.A., Zadorin, V.F., Savinov, V.I., Popova, E.G. (2016), “Standardization of the quality of care as a target management method in health care”, *Glavvrach*, vol. 11, pp. 33–37.
15. Jessee, W.E. and Schranz, C.M. (2015), *Quality Assurance in Health Care*, vol. 2, pp. 137–144.
16. Mihajlova, N. (2015), “Quality of health care: current trends and problems”, *Standarty i kachestvo*, vol. 6, pp. 58–62.
17. Habriev, R.U., Vorob'ev, P.A., Jur'ev, A.S., Nikonov, E.L. and Avksent'eva, M.V. (2016), “Indicators of quality of medical care”, *Problemy standartizacii v zdravoochranenii*, vol. 10, pp. 10–14.
18. Van de Water H.P., Boshuizen H.C., Perenboom R.J. et al. (2015), *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 49, no. 3, pp. 330–331.
19. Ijsselmuiden, C., Ghannem, H. and Bouzouaia, N. (2009), Développement du système de recherche en santé: analyse et établissement des priorités en Tunisie [Development of health research system: analysis and defining priorities in Tunisia], *La Tunisie Medicale*, 87:1-2. PMID:19522419.
20. (2011), Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness, Busan, Global Partnership for Effective Development Cooperation, available at: [www.aideffectiveness.org/busanhlf4/](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/) (Accessed 23 July 2017).
21. Lansang, M.A. (2004), “Building capacity in health research in the developing world”, *Bulletin of the World Health Organization*, 236 p.
22. Hoffman, S.J. et al. (2012), *A review of conceptual barriers and opportunities facing health systems research to inform a strategy from the World Health Organization*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

22. Hoffman S. J. A review of conceptual barriers and opportunities facing health systems research to inform a strategy from the World Health Organization / Hoffman S. J. et al. – Geneva : World Health Organization, 2012. – 389 p.
23. How to build science capacity [Електронний ресурс] // Nature, 2012, 490:331-334.doi. – Режим доступу : <http://dx.doi.org/10.1038/490331a> PMID:23075964
24. The world health report 2006 – working together for health. – Geneva : World Health Organization, 2016. – 421 p.
25. Human organ transplantation. A report on developments under the auspices of WHO // Intern. Digest of Health Legislation. – 2015. – Vol. 42, № 23. – P. 393–394.
26. Meyer A. M. Defining organizational capacity for public health services and systems research / Meyer A. M., Davis M., Mays G. P. // Journal of Public Health Management and Practice. – 2012, 18:535-544. PMID:23023278.
27. Полубенцева Е. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи : метод. рек. / Е.И.Полубенцева, Г.Э.Улумбекова, К.И.Сайткулов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 465 с.
28. Nwaka S. Developing ANDI: a novel approach to health product R&D in Africa [Електронний ресурс] / Nwaka S et al. – PLoS Medicine, 2010, 7:e1000293. PMID:20613865 doi. – Режим доступу : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000293> PMID:20613865
29. Оценка зарубежных систем здравоохранения: частные мнения и индекс потребителей медицинских услуг // Вопр. экономики и упр. для руководителей здравоохранения. – 2008. – № 2 (77). – С. 23–26.
30. WMA declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. – Seoul : World Medical Association, 2017.
31. Five keys to improving research costing in low- and middle-income countries. (ESSENCE Good practice document series. Document TDR/ESSENCE/1.12). – Geneva : World Health Organization, 2017.
32. Operational guidelines for ethics committees that review biomedical research. – Geneva : World Health Organization, 2017.
33. Chan M. et al. Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies [Електронний ресурс] / Chan M. et al. – PLoS Medicine, 2010, 7:e1000223. Doi. – Режим доступу : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000223> PMID:20126260
23. (2012), How to build science capacity, *Nature*, 490:331-334.doi, available at: <http://dx.doi.org/10.1038/490331a> PMID:23075964 (Accessed 23 July 2017).
24. (2016), *The world health report 2006 – working together for health*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
25. (2015), “Human organ transplantation. A report on developments under the auspices of WHO”, *Intern. Digest of Health Legislation*, vol. 42, no. 23, pp. 393–394.
26. Meyer, A.M., Davis, M. and Mays, G.P. (2012), “Defining organizational capacity for public health services and systems research”, *Journal of Public Health Management and Practice*, 18:535-544. PMID:23023278.
27. Polubenceva, E.I., Ulumbekova, G.Je. and Sajtkulov, K.I. (2007), *Klinicheskie rekomendacii i indikatory kachestva v sisteme upravlenija kachestvom medicinskoj pomoshhi: metodicheskie rekomendacii* [Clinical recommendations and quality indicators in the quality management system of health care: guidelines], GJeOTAR-Media, Moscow, Russian Federation.
28. Nwaka S. et al. (2010), *Developing ANDI: a novel approach to health product R&D in Africa*, PLoS Medicine, 7:e1000293. PMID:20613865 doi, available at: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000293> PMID:20613865 (Accessed 28 July 2017).
29. (2008), “Assessment of foreign health systems: private opinions and the index of consumers of health services”, *Voprosy jekonomiki i upravlenija dlja rukovoditelej zdravoohranenija*, vol. 2 (77), pp. 23–26.
30. (2017), *WMA declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subject*, World Medical Association, Seoul, Republic of Korea.
31. (2017), *Five keys to improving research costing in low- and middle-income countries* (ESSENCE Good practice document series. Document TDR/ESSENCE/1.12), World Health Organization, Geneva, Switzerland.
32. (2017), *Operational guidelines for ethics committees that review biomedical research*, World Health Organization, Geneva, Switzerland.
33. Chan, M. et al. (2010), *Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies*, PLoS Medicine, 7:e1000223. Doi, available at: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000223> PMID:20126260 (Accessed 11 July 2017).