

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА УПРАВЛІННЯ
Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістр

Освітній рівень

на тему: «Управління якістю медичних послуг в організації із застосуванням інформаційних технологій (на прикладі КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», м. Львів)»

ДРБА.013352.02.07.ПЗ

Галузь знань 07 Управління та адміністрування
Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 073 Менеджмент
Шифр і назва галузі спеціальності

Освітня програма Бізнес-адміністрування
Назва освітньої програми

Виконала
студентка 2 курсу,
група БАДМ-19-2

О.І. Березна

Керівник

Н.М. Тюріна

Нормоконтролер

І.В. Грабовська

“До захисту допускаю”
зав. кафедри ЕМА

Н.М. Тюріна

_____ 202__р.

АНОТАЦІЯ

Березна О.І. Управління якістю медичних послуг в організації із застосуванням інформаційних технологій (на прикладі КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», м. Львів). Керівник роботи – к.е.н., професор кафедри ЕМА Тюріна Н.М. Дипломна робота магістра: 144 с., 24 рисунка, 12 таблиць, 51 джерело посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ, ОРГАНІЗАЦІЯ, УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ, ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ.

Досліджено теоретичні основи управління якістю медичних послуг із застосуванням інформаційних технологій. Визначено економічні особливості медичної послуги та її якості. Управління якістю послуг розглянуто як важливий елемент менеджменту в охороні здоров'я. Досліджено використання інформаційних технологій в системі управління якістю медичної допомоги.

Представлено організаційно-економічну характеристику КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ». Виконано аналіз фінансово-господарської діяльності лікувального закладу. Здійснено оцінку рівня організації контролю якості медичної допомоги та її інформаційно-технічного забезпечення в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ».

Визначено та обґрунтовано напрямки вдосконалення управління якістю медичних послуг в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» із застосуванням інформаційних технологій. Представлено рекомендації щодо розробки системи інформаційного забезпечення управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Приведено загальні положення щодо побудови інформаційної системи управління якістю медичної допомоги в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», цільове призначення та основні переваги електронної медичної інформаційної системи. Запропоновано впровадження системи менеджменту якості в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» на основі стандартизації процесів надання медичної допомоги. Представлено рекомендації щодо розробки інформаційної бази індикаторів та критеріїв оцінки якості медичної допомоги (послуги) в організації.

підпис та П.І.Б.

« _____ » _____ 202 _____ р.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	6
1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	10
1.1 Економічні особливості медичної послуги та її якості	10
1.2 Управління якістю послуг як важливий елемент менеджменту в охороні здоров'я	21
1.3 Використання інформаційних технологій в системі управління якістю медичної допомоги	33
2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»	44
2.1 Організаційно-економічна характеристика медичної організації	44
2.2 Аналіз фінансово-господарської діяльності КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»	47
2.2.1 Аналіз надання медичної допомоги та медичних послуг	47
2.2.2 Аналіз собівартості і витрат на надання медичної допомоги та медичних послуг	58
2.2.3 Аналіз фінансово-майнового стану підприємства охорони здоров'я	61
2.3 Аналіз організації контролю якості медичної допомоги та її інформаційно-технічного забезпечення в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»	66
3 НАПРЯМКИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	80
3.1 Рекомендації щодо розробки системи інформаційного забезпечення управління якістю медичної допомоги в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»	80

3.1.1 Цільове призначення та основні переваги електронної медичної інформаційної системи	80
3.1.2 Загальні положення щодо побудови інформаційної системи управління якістю медичної допомоги в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»	83
3.2 Пропозиції з впровадження системи менеджменту якості в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» на основі стандартизації процесів надання медичної допомоги	90
3.3 Розробка інформаційної бази індикаторів та критеріїв оцінки якості медичної допомоги (послуги) в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»	98
ВИСНОВКИ	119
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	126
ДОДАТКИ	132

ВСТУП

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я. Важливим для управління сферою надання медичних послуг є збалансований розрахунок її потреб у фінансових ресурсах; визначення очікуваних доходів; створення механізму ефективного функціонування, як кожного елемента, так і всієї системи надання якісних медичних послуг в цілому.

Істотний вплив на розвиток принципово нових напрямків організації надання медичної допомоги населенню, які успішно використовуються в практиці охорони здоров'я багатьох країн, здійснює прогрес в інформаційних, телекомунікаційних та медичних технологіях. Одним з пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я є створення єдиного медичного інформаційного простору, який забезпечить прийняття ефективних управлінських рішень на всіх рівнях. Це дасть можливість налагодити ефективний облік діяльності медичним закладам організації здійснювати на сучасному рівні менеджмент, своєчасно отримувати інформацію про передові досягнення в галузі медичної науки, використовувати всю медичну інформацію про пацієнта (за весь період його життя), накопичену зі всіх рівнів надання медичної допомоги для досягнення кращого лікувального ефекту.

Сьогодні інформатизація охорони здоров'я насамперед означає використання інформаційних технологій (ІТ), за допомогою яких можливо забезпечити швидке та цільове отримання потрібної інформації. Зокрема, важливим напрямом інформатизації лікувально-діагностичного процесу є впровадження сучасних медичних інформаційних систем (МІС).

Ефективне інформаційне забезпечення сфери охорони здоров'я є однією з важливих передумов якості надання медичних послуг на всіх етапах та рівнях: від первинної медико-санітарної допомоги до надання телемедичних консультацій

[26, с. 111]. За допомогою впровадження ІТ у медичну сферу відбувається зменшення витрат на надану медичну допомогу, підвищення ефективності роботи медичного персоналу і якості обслуговування пацієнтів, зростання рентабельності медичних закладів.

Новітні технології плідно впливають на всі аспекти медичних послуг. Крім вищеперерахованих досягнень з впровадження інформаційних технологій у медицину, також можна виділити: здатність контролювати залишки медикаментів на складах, вчасне складання замовлень на постачання і контроль витрат ліків. Вищі медичні навчальні заклади використовують цифрові інноваційні технології для дистанційного навчання студентів. Саме це дає можливість студентам відвідувати виступи спеціалістів і перебувати у руслі розвитку інноваційних технологій.

Перелік завдань, які належать до інформатизації, є надзвичайно широким і включає також отримання інформації з метою прийняття рішень, надання медичної допомоги, навчання, виконання наукових та організаційних запитів тощо. При всій очевидності завдань, що висувуються перед інформатизацією охорони здоров'я, досі лишаються питання валідності та релевантності інформації, що збирається, місце індивідуалізації лікувально-діагностичних дій на фоні повсюдного впровадження медичних стандартів і протоколів, поняття лікарських помилок, технології їх виявлення та запобігання.

Істотний внесок у вирішення проблем, пов'язаних з дослідженням різних особливостей формування та функціонування системи надання якісних соціальних послуг, у т.ч. медичних, внесли такі вітчизняні і закордонні вчені як: Я.П. Базилевич, Т.Д. Бахтеєва, М.М. Білинська, П.В. Бобок, Н.Б. Болотіна, А.І. Бутенко, Б.І. Герасимчук, З.С. Гладун, Б.М. Данилишин, В. Демінг, Д. Еванс, Т.М. Камінська, С.О. Козуліна, Б.П. Криштопа, П. Кросбі, В.М. Лехан, В.Ф. Москаленко, З.О. Надюк, В.М. Пономаренко, Я.Ф. Радиш, І.І. Соколи, І.М. Солоненко, С.Г. Стеценко, М.І. Хижняк, С.В. Шевчук тощо.

Значний науковий та практичний внесок у напрямку впровадження сучасних інформаційних технологій та систем в роботу закладів охорони здоров'я

України зробили В. Авраменко, В. Качмар, А. Хвищун тощо. Дослідження М. Білинської, Ю. Вороненка, З. Гладуна, О. Мінцера, Я. Радиша, В. Степанова та інших переконливо свідчать про те, що впровадження інформаційних технологій у галузі охорони здоров'я сприятимуть збереженню та зміцненню здоров'я населення, поліпшенню демографічної ситуації, підвищенню якості й ефективності медико-санітарної допомоги, забезпеченню прав громадян на охорону здоров'я.

Мета даної роботи – дослідження основних теоретичних положень та розробка практичних рекомендацій з удосконалення управління якістю медичних послуг на основі застосування інформаційних технологій в діяльності закладів охорони здоров'я (на прикладі комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр»).

Досягнення поставленої мети дослідження обумовило необхідність вирішення таких основних завдань:

- проаналізувати існуючі теоретико-методологічні підходи до визначення сутності понять «медична послуга» та «медична допомога»;
- на основі структурно-функціонального підходу виявити особливості якості медичної послуги як соціально-економічної категорії та дослідити критерії забезпечення якості послуг закладів охорони здоров'я;
- визначити основні принципи; інструментарій управління, забезпечення та оцінки якості медичних послуг протягом їх життєвого циклу;
- послідовно вивчити та обґрунтувати методичні підходи щодо розроблення та впровадження автоматизованої системи моніторингу та забезпечення якості медичних послуг закладу охорони здоров'я;
- розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення управління якістю послуг з застосуванням сучасних медично-інформаційних технологій.

Об'єкт дослідження: система управління якістю медичних послуг підприємства КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ».

Предмет дослідження: система управління якістю медичних послуг в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»; складові ефективності впровадження та функціонування медичних інформаційних систем; медико-технологічне та методичне забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги.

З метою вирішення поставлених завдань використовувались наступні методи дослідження:

– системного підходу і системного аналізу – для проведення комплексного дослідження визначених предметів, процесів, системи у їх зовнішніх та внутрішніх взаємозв'язках, а також визначення підходів до виявлення і аналізу проблем та розробки шляхів їх вирішення;

– медико-статистичний – для математико-статистичної обробки отриманих даних: підрахунку відносних і середніх величин; аналізу динамічних рядів;

– процесного підходу – для дослідження усіх видів діяльності, що відбуваються в системі з метою забезпечення якості медичних послуг;

– клініко-економічного аналізу – для вивчення економічної ефективності лікувальних і діагностичних заходів, впровадження та функціонування медичних інформаційних систем.

1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

1.1 Економічні особливості медичної послуги та її якості

Система охорони здоров'я – найважливіша складова системи соціального захисту держави. Стаття 49 Конституції України закріплює право кожного на охорону здоров'я та медичну допомогу, зміст яких, зокрема, становить право на медичні послуги. Підвищення рівня здоров'я суспільства, якості і ефективності медичної допомоги – основні задачі охорони здоров'я, яка є однією з провідних галузей сфери виробництва послуг [25].

Із розвитком елементів ринкових відносин з'явилася категорія медичного суб'єкта як виробника медичних послуг. Медичний суб'єкт – виробник медичних послуг – зареєстрований та ліцензований у встановленому порядку лікувально-профілактичний заклад будь-якої організаційно-правової форми господарювання та форми власності, який надає медичні послуги [16]. Виробництво та споживання медичної допомоги (послуги) відбувається одночасно. Є постачальник медичної допомоги (чи послуги) та її споживач-пацієнт (клієнт) і суб'єкти економічних відносин – власник (виробник-постачальник) медичної послуги (продавець) та її покупець-клієнт. Фінансування може здійснюватися за рахунок відшкодування страховими компаніями; за рахунок платежів роботодавців і працівників; бюджетного перерозподілу податків на користь медицині; інвестиційних заходів поліпшення здоров'я населення; за рахунок фізичної особи; благодійні фонди та внески; за рахунок платежів підприємства, фірми, компанії (де працюють ці робітники) тощо.

Сфера послуг в цілому і охорона здоров'я в їх числі змістовно відносяться до розряду споживацького виробництва: там відбувається споживання матеріальних благ, створених в галузях відповідної сфери. Одночасно в охороні

здоров'я відбувається створення фізичної і психологічної основи діяльності, трудового потенціалу, виробництво особистого чинника життя суспільства. З погляду функціонування підприємств (фірм) і осіб, діючих за межами сфери виробництва матеріальних благ, сфера послуг не має принципових відмінностей, а визначаються лише характером самих створюваних послуг. Основна маса послуг, що надаються охороною здоров'я, відноситься до категорії особистих послуг.

Необхідно відзначити, що охорона здоров'я як галузь народного господарства дуже неоднорідна і різноманітна. У складі сучасної охорони здоров'я, що відноситься статистиками до категорії так званих великих галузей, виділяється маса досить-таки самостійних і одночасно надзвичайно тісно взаємодіючих між собою структурних елементів, які визначаються як підгалузі спеціалізації і виробництва. Як ілюстрацію достатньо вказати лише деякі з них:

- 1) Клінічна, медико-профілактична, науково-дослідна, організаційно-управлінська спеціалізації;
- 2) Рентгенологія – радіологія – імунологія – дієтологія;
- 3) Терапія – хірургія – педіатрія – санітарія;
- 4) Стаціонарна, диспансерна, санаторно-курортна, хосписна, амбулаторно-поліклінічна та інші види медичної допомоги;
- 5) Дерматологія – гістологія – мікробіологія – нейрофізіологія – психіатрія – стоматологія – онкологія – кардіологія – діабетологія – отоларингологія – гастрологія – ендокринологія – цитологія і багато інших видів спеціалізованої допомоги, які мають свою специфіку.

Таким чином, послуги охорони здоров'я такі ж різноманітні за своїм проявом, скільки складна сама галузь охорони здоров'я.

На сьогодні йде інтенсивний розвиток медичної сфери, що пов'язано, в першу чергу, із формуванням ринку медичних послуг по усім регіонам країни, і тому виникла нагальна потреба в уточненні та практичному використанні категорій «медична допомога» та «медична послуга» у договорах, в інструкціях та положеннях медичних установ, які розробляються на основі законодавчо-

нормативної бази країни стосовно надавачів та отримувачів послуг у медичній сфері різних форм власності та організаційно-правової форми господарювання.

Більшість науковців, які займаються дослідженням сфери надання медичних послуг, дотримуються того, що «медична послуга» – це дії медичного персоналу по задоволенню існуючих потреб пацієнтів у відновленні і підтримці здоров'я. Послуга характеризується невідчутністю і нематеріальністю, послуга не піддається збереженню і транспортуванню, вона персоніфікована і невід'ємна від послуги виробника, якість послуги характеризується мінливістю навіть при одному виконавці.

Визначення сутності медичних послуг має першочергове значення, адже від того наскільки вони є ефективними, залежить загальний рівень задоволеності якістю життя в нашому суспільстві. Насамперед це стосується законодавчо-нормативної бази у медичній сфері, що суттєво впливає на процес формування та подальший розвиток ринку медичних послуг в Україні.

Поняття «медична послуга» з'явилося у законодавстві України ще на початку 90-х років минулого сторіччя, однак до цього часу у більшості актів чинного законодавства це поняття використовується набагато рідше, ніж поняття «медична допомога». У медичній науці поняття «медична допомога» переважно охоплює лікування, профілактичні заходи, які проводяться під час захворювань, травм, пологів, а також медичний огляд та деякі інші види медичних робіт. Слід зауважити, що економічного визначення близького до «медичної допомоги» поняття «медична послуга» на сьогодні немає.

Загальне поняття про послугу, як економічного виду діяльність, розроблено Українським науково-дослідним інститутом Міністерства статистики України та дано в Державному класифікаторі України «Класифікація видів економічної діяльності» (КВЕД), затвердженою Наказом Держстандарту України від 22.10.1996 р. за № 441 і введено в дію з 01.01.1997 року. У відповідному розділі КВЕД «Охорона здоров'я і соціальна допомога» вперше документально виділена медична послуга як окремий вид економічної діяльності в галузі охорони здоров'я [14].

Згідно даних робіт деяких вчених, медична практика включає:

- консультаційні послуги та лікування, що надається лікарями всіх спеціальностей в лікувальних установах (амбулаторіях) і в умовах приватної практики;

- діагностичні послуги,

- проведення аналізів;

- послуги приватних консультантів;

- послуги швидкої та невідкладної медичної допомоги;

- послуги санаторно-курортних організацій;

- послуги інших лікувальних установ для відновлення здоров'я людини [37, 40, 41, 51].

Там же зазначається, що медичні послуги можуть бути короткострокові та довгострокові.

Як правило серед критеріїв розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга» виділяють місце надання послуг та механізм фінансування оплати за їх надання. Згідно з ч. 3 ст. 49 Конституції України у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична послуга надається безоплатно [25]. Відповідно, у приватних суб'єктів здійснення медичної діяльності медичні послуги надаються, як правило, на платній основі.

Проведені дослідження [16, 42] надали можливість виокремити сутність медичної допомоги й медичної послуги з медичної й з економічної точки зору та їх розбіжність. Так, медична допомога передбачає сукупність лікувально-діагностичних й профілактичних заходів, які проводяться під час захворювань, травм, вагітності й пологів, а також з метою запобігання захворюваності та травмування. Медична послуга пов'язана з відновленням здоров'я або полегшення страждань хворого у взаємозалежності та зв'язку з формуванням системи суспільних інститутів (СІ) медичної сфери.

Особливості медичних взаємовідносин (об'єкт) зумовлюються наявністю таких суб'єктів [42]: пацієнт (клієнт-споживач) – СІ – фахівці та лікарі (як постачальники медичної допомоги чи медичної послуги).

На основі проведеного вивчення сутності, змісту та характеристики цих категорій у медичній сфері в таблиці 1.1 зведено виокремленні особливості щодо медичної допомоги та медичної послуги.

Таблиця 1.1 – Особливості медичної допомоги та медичної послуги [42]

№ з/п	Особливості	Медична допомога (МД)	Медична послуга (МП)
1.	Критерій платності розділяє процеси виробництва та процес споживання	Одночасно здійснюється процес виробництва – споживання	
2.	Відрив від вартості медичної послуги		У бюджетній сфері
3.	Можливість перекичування макроекономічних показників	Насамперед це ВВП	
4.	Різні форми фінансування (окрім оплати пацієнтом)	Бюджетний перерозподіл коштів на користь медицини	Страхові компанії
5.	Економічне обґрунтування витрат і пропозицій різних форм їх відшкодування	Оптимальне інвестування системи охорони здоров'я	
6.	Економія та стримування витрат на медицину	Підвищення віддачі інвестицій у медичній сфері (поліпшення та профілактика здоров'я населення)	
7.	Головними суб'єктами медичних відносин є постачальники медичної допомоги (послуги) і споживачі цієї медичної допомоги (послуги)	Постачальник медичної допомоги (медичної послуги) та її споживач (пацієнт)	
8.	Не збіг в одній особі власника - виробника і продавця медичної послуги	Спричиняє опортуністичну поведінку лікарів, які стають лише посередниками (агентами) у обміні	Інституційна точка зору надання послуги – це обмін правомочностями між власниками факторів виробництва та покупцями. У громадському секторі охорони здоров'я створює передумови для ОП покупців
9.	Відокремлення медичної допомоги (як платна процедура – медична послуга) від медичної послуги	Вносить непорозуміння у діяльність приватного медичного сектору. Виходить, що тут медична допомога не надається. А що надається?	
10.	Відсутня безоплатна медична допомога в Україні у повному розумінні	Купівля пацієнтами медичних препаратів, матеріалів і т.п. – це реалії життя для отримання медичної допомоги	

Критерій платності у розмежуванні понять «медична допомога» і «медична послуга» є досить вживаним серед управлінців та економістів.

Дефініції зазначених понять і термінів, наведені науковцями і практиками, різноманітні і збігаються лише в окремих частинах чи елементах. Так, «медична допомога» і «медична послуга» трактуються і як синоніми, і як антоніми, і як

частина одна одної. На думку деяких науковців у правовому розумінні «медичну допомогу» і «медичну послугу» можливо розрізняти за сферою правового регулювання. Зокрема, надання медичної допомоги є предметом регулювання галузі публічного права, а надання медичних послуг врегульоване нормами приватного права.

Слушною щодо визначення сутності послуг є позиція С.В. Антонова. Так, медична послуга – це вид професійної або господарської діяльності медичних закладів (організацій), фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною юридичною практикою, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я (результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності [15].

С. С. Шевчук «медичною послугою» називає один з різновидів послуг, сферою застосування якої, є ті суспільні відносини, в яких громадяни для задоволення своїх особливих потреб, що визначаються здебільшого, станом їхнього здоров'я, отримують особливу споживчу вартість у вигляді спеціалізованої медичної діяльності медичної організації або окремого фахівця в галузі медицини, потреби визначаються здебільшого, станом їхнього здоров'я він також зазначає, що медична послуга – категорія економіко-правова. така послуга має певну вартість – грошовий вираз тієї цінності, яку вона представляє. до неї вносяться витрати виробництва послуги, її собівартість, а також вигода (фінансовий інтерес виробника послуги), яка повинна покривати потреби відтворення, щоб відповідна діяльність була рентабельною. отже, для виробника медичної послуги вона завжди відплатна, зокрема у випадках надання такої послуги певному громадянину без утримання з нього плати [49, с. 381].

До критеріїв розмежування даних відноситься також мета (кінцевий результат). Метою всіх дій медичного закладу при зверненні особи для лікування є поліпшення здоров'я людини, а її результатом — відсутність проявів хвороби (одужання). Медична допомога завжди спрямована на досягнення лікувального, діагностичного або профілактичного результату. Деякі автори вважають, що у

межах медичної послуги може надаватися і допомога, тому медична допомога може бути частиною медичної послуги.

Протилежну точку зору висловлює О.В. Чехун при спробі розмежувати «медичну послугу» та «медичну допомогу». Зокрема, медичні послуги визначаються як вид взаємовідносин щодо надання медичної допомоги, врегульований договором на надання медичної послуги. При цьому медична послуга – це одна із складових медичної допомоги. Вона не тотожна медичній допомозі, тому що медична допомога ширша за своїм змістом [51, с.215].

Деякі вчені визначають медичну послугу як технологічний процес, що виходить за межі медичної допомоги та надається на платній основі по проханню фізичної особи (Гіжеський В.К., Головченко В.В., Ковальський В.С.) [45, с.74].

Розуміння сутності та особливості медичних послуг дуже важливе для формування ринку медичних послуг в Україні та координації і регулювання його розвитку. Особливості зумовлені недосконалістю системи періоду трансформації і вони пов'язані з використанням ринкових механізмів навіть у межах державного сектора охорони здоров'я, який може бути організований на основі функціонального розділення виробників, споживачів медичних послуг і третьої сторони, яка фінансує ці послуги.

Медична послуга, будучи товаром ринку, різко відрізняється від якого-небудь іншого товару або послуги і характеризується рядом власних ознак: не існує до початку виробництва; трудомістка і не має чіткої вартості до закінчення виконання; не матеріальна; важко піддається розрахунку; якість послуги мінлива навіть при виконанні її одним й тим самим лікарем; будується на до послуги є суб'єктивною і залежить від особливостей споживача та ін.

Медична послуга має майновий характер, в повній мірі відповідає загальним ознакам, властивим послугам, і може бути віднесена до об'єктів цивільних прав. Правовідносини з надання медичних послуг виникають між рівноправними суб'єктами децентралізовано, в зв'язку з чим відноситься до сфери цивільно-правового регулювання. Крім загальних характеристик, медичним послугам притаманні специфічні риси, які впливають на порядок і умови

правового регулювання медичних послуг. до таких рис належать: 1) конституційний характер відносин у сфері охорони здоров'я; 2) особливий об'єкт, на який спрямована діяльність з надання медичних послуг, – організм людини, і, відповідно, особлива мета послуги – відновлення і підтримання здоров'я людини; 3) висока соціальна значимість; 4) публічність; 5) необхідний високий професіоналізм лікарів; 6) використання сучасних досягнень науки і техніки. Зазначені специфічні характеристики пояснюють необхідність застосування в деяких випадках елементів публічно-правового регулювання правовідносин з надання медичних послуг [46, с. 24].

О. В. Чехун також пропонує виділити кілька специфічних особливостей медичної послуги:

1) медична послуга – це діяльність (сукупність дій), яку можуть здійснювати не всі особи. Пропонуючи таку послугу, до виконавця законом пред'являються підвищені вимоги до кваліфікації. Саме це є основою для видачі ліцензії на здійснення діяльності суб'єкту господарювання. Таким чином «медична послуга» – це професійна діяльність чи сукупність професійних дій;

2) будь – яка діяльність здійснюється для досягнення певної мети. Пацієнт (замовник), звертаючись до лікаря, має на меті усунення певних психофізіологічних негативних проявів свого організму (третьої особи). Медична діяльність базується на «об'єктивній потребі людей у збереженні та відтворенні свого тілесного існування»;

3) за загальним правилом медична послуга не має матеріального результату. У той же час вона може бути поєднана зі створенням матеріального компонента. Але, як зазначалось, останній не являє собою самостійну матеріальну цінність, а входить як складова до способу лікування;

4) як правило, результат послуги не може бути гарантований виконавцем.

Це пояснюється двома чинниками: по-перше, медична послуга являє собою не односторонні дії виконавця, а також зустрічні дії з боку пацієнта; а по-друге, необхідно враховувати індивідуальні особливості кожного людського організму. Проте специфіка правового регулювання медичних послуг зумовлена тим, що

досягнення реального результату має певне юридичне значення. Вказівка на об'єктивну можливість досягнення результату повинна включатися в поняття медичної послуги, що має практичне значення при вирішенні питання про належне чи неналежне здійснення виконавцем своїх обов'язків;

5) медична послуга, будучи об'єктом цивільних прав, має визначену вартість, тому її надання супроводжується еквівалентним обов'язком з її оплати. Оплата включає витрати виконавця на її надання та його винагороду [51, с. 213-215].

Споживач (пацієнт), який користується платними послугами, має певні права, а саме: вимагати належного виконання послуги; ознайомитися із розрахунками вартості послуг; вільно обирати осіб, які виконують послугу. Існують також і обов'язки для такого споживача, до яких можна віднести: своєчасну оплату вартість наданої послуги; дотримання правил та вимог медичного персоналу, що забезпечують якісне виконання медичної послуги.

Виділення медичної послуги як специфічного продукту праці (або діяльність щодо створення цього продукту) не тільки з медичного, але й економічного боку необхідне для чіткого визначення меж її платності і гарантування ефективності інвестицій у сфері охорони здоров'я країни при забезпеченні належного рівня якості медичної допомоги.

Тема поліпшення якості медичної допомоги сьогодні є однією із найпопулярніших, що розглядаються науковцями та практиками у сфері управління якістю, державного управління та охорони здоров'я.

Серед вітчизняних учених сучасні принципи та шляхи вдосконалення якості медичної допомоги в контексті стандартизації розглядали в своїх роботах В. Пономаренко, А. Зіменковський, А. Степаненко [44; 23]. Теоретико-методологічні підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги цікавили Н. Ярош, А. Зіменковського [29; 23]. Питаннями розгляду місця доказової медицини в спектрі застосування наукової медичної інформації та реалізації державної інноваційної політики займався А. Уваренко [50].

Якість медичної допомоги дослідники вважають неоднозначним і багатограним поняттям, яке складається з окремих компонентів. Положення ДСТУ ISO 9000:2007 свідчать, що вимоги до характеристик якості можуть висуватися різними зацікавленими сторонами. В системі охорони здоров'я до них належать перш за все пацієнти, а також медичні працівники, керівники різних рівнів галузі і закладів охорони здоров'я, постачальники ресурсів для медичних установ, суспільство, держава.

Наказ МОЗ України від 01.08.2011р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» є елементом медичної політики держави. Його метою є визначення основних підходів та механізмів до створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості [5]. Відповідно до положень Концепції, якість медичної допомоги – надання медичних послуг та проведення інших заходів щодо організації закладами охорони здоров'я відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я. Оцінка якості проводиться шляхом визначення відповідності цієї якості встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» якість медичної допомоги — ступінь досконалості процесу надання медичної допомоги, який надає їй здатність задовольняти потреби пацієнта у збереженні та відновленні здоров'я і відповідає вимогам, встановленим законодавством. Згідно з наказом МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163, якість медичної допомоги – це належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [4].

Під якістю медичної допомоги розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання у пацієнта та попереджувати виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою.

Розглянемо ще декілька визначень якості медичної допомоги [35; 43]:

1) використання медичної науки і технології з найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризику; рівень якості, таким чином, – це рівень балансу вигоди і ризику для здоров'я;

2) належне проведення (згідно зі стандартами) всіх заходів, що є безпечними і прийнятними, використовуються в даному суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність;

3) сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології.

Якість медичної допомоги також може бути визначена як виконання професійних медичних стандартів і відповідність наданої медичної допомоги інтересам та очікуванням пацієнта.

Основними критеріями якості медичної послуги є:

1) інформаційні показники медичної послуги – отримання у доступній для пацієнта формі наявної інформації про стан його здоров'я, відомостей про результати обстеження, наявності захворювання, його діагноз і прогноз, методи лікування і пов'язані з ними ризики, можливі варіанти медичного втручання, їх наслідки та результати проведеного лікування;

2) професійні якості лікаря – прояв компетенції у проведенні методик лікування, узгодженість дій і спадкоємність;

3) кваліфікаційні вимоги до лікарів – виконання вимог до професійної компетенції, обсязі знань, практичних умінь і навичок лікарів;

4) професійність надання медичної послуги – обґрунтованість, адекватність визначення обсягу лікування, дотримання технології діагностики і лікування,

отримання позитивного (очікуваного) результату наданої медичної допомоги щодо стану здоров'я пацієнта;

5) якісні показники самого процесу надання послуги – задоволеність хворого лікарським і медсестринським обслуговуванням [44, с. 23].

Отже, якість медичної допомоги можна розглядати як сукупність властивостей, умов та факторів, що її визначають. Поняття якості медичної послуги виходить також за межі компетенції медичної галузі й потребує технічних, організаційних та управлінських рішень. До забезпечення якості медичної послуги необхідно підходити комплексно, враховуючи найкращий світовий досвід, зокрема у сфері забезпечення якості послуг, що спонукає до пошуку способів поліпшення якості та підвищення ефективності процесів надання медичних послуг.

1.2 Управління якістю послуг як важливий елемент менеджменту в охороні здоров'я

Управлінням якістю називається виконання функції управління у відношенні до системи якості управління та якості його складників [48]. Норма ISO 8402 трактує управління якістю як «діяльність в управлінні, котра вирішує політику якості, цілі і відповідальності, а також їх реалізації в рамках системи якості за допомогою таких засобів, як планування, контроль, забезпечення та вдосконалення якості» [19].

Управління якістю орієнтується на клієнта на всіх етапах надання йому якісних медичних послуг. При цьому залучаються всі працівники медичного закладу, включаючи керівників у справах якості. Іншими словами, твориться нова філософія та культура організації, котра проявляється крізь призму якості.

Із метою досягнення та утримання на належному рівні якості медичних послуг нею необхідно керувати. Цей процес має ґрунтуватися на чотирнадцяти засадах управління якістю, представлених Е. Демінгом [21], а саме:

1. Створення постійних цілей у відношенні до якості продукції та послуг, зорієнтованих на досягнення конкурентних переваг.

Для будь-якого підприємства (установи) варто окреслити довготермінові цілі, що мають безпосередній вплив на рівень якості запропонованих виробів чи наданих послуг. Головна мета – постійне покращення якості – має бути досягнута через підвищення конкуренції і надання робочих місць.

2. Застосування нової філософії управління.

Методика управління через філософію TQM була методикою марнотратства та повторення помилок. Єдиним способом підвищення ефективності при одночасному обмеженні скорочення витрат є зменшення неякісної продукції (послуг). Застосування всебічного управління через якість стає порятунком для фірм. Для того, щоб філософія управління була ефективною, потрібна їй підтримка з боку керівництва, яке намагається передати підлеглим методологію досягнення мети.

3. Реєстрація методу масового контролю як способу забезпечення якості.

У момент, коли зменшиться змінність у процесі та він буде стабільним і повторювальним, відпадає потреба контролювати всю представлену продукцію. На цьому етапі можна застосувати менш вартісний статистичний контроль, сконцентруватися на спектрі проблемних товарів (послуг) з метою запобігання дефектних станів.

4. Припинення поширених практик вибору підрядників виключно на основі ціни. Поряд із ціновим критерієм, варто приділяти увагу якості, що призведе до зменшення дефектів продукції (послуг).

5. Безперервний та нескінченний процес вдосконалення продукції та послуг, що спричиняють покращення якості, продуктивності та зменшення видатків.

Постійне вдосконалення лежать в основі кожної системи управління. Відповідальність за це завжди лежить на керівництві фірмою, яке повинно створити атмосферу постійного вдосконалення усіх процесів (від прийняття сировини до продажу продукції (надання послуг)).

6. Запровадження сучасних методів навчання.

Керівництву необхідно безпосередньо включитися у процес вдосконалення навчання, що в результаті позначиться на ширшому використанні можливостей усіх працівників. Таке вдосконалення повинно охоплювати широкий спектр діяльності підприємства (організації), а також психології та методики управління підприємством і персоналом.

7. Запровадження інституційного керівництва.

Удосконалення якості автоматично збільшує ефективність. Саме тому лідером повинна бути та особа, котра звертає увагу не лише на кількісні показники. Варто сконцентруватися на таких взаєминах, що зумовлюють вільну комунікацію та запобігають виникненню браку на всіх стадіях життєвого циклу продукту (послуги).

8. Відкидання страху, щоб усі могли працювати продуктивніше для підприємства (організації).

Жоден керівник не повинен боятися говорити про проблеми своєму підлеглому. Лише така комунікація буде ефективною та принесе додану вартість. Не можна запроваджувати атмосферу кількісних цільових показників для отримання результату, а не якості.

9. Руйнування бар'єрів між підрозділами підприємства (організації).

Усі підрозділи фірми повинні створювати організм, що належним чином функціонує. Проблеми окремо взято відділу повинні бути розв'язані централізовано, шляхом ефективного обміну інформацією. Для досягнення цієї мети потрібно ліквідувати окремі підрозділи, що діють автономно в структурі підприємства (організації), тобто як фірма у фірмі.

Усі відділи повинні працювати ефективно, щоб підприємство (організація) отримувало прибутки. Для цього варто вирівняти ієрархію та поживити відносини між відділами.

10. Ліквідація усіх форм просування для заохочення до досягнення високої продуктивності та рівня «нуль дефектів».

Відомо, що такої системи не існує, тому виголошення такого типу гасел не допоможе, а, навпаки, може зашкодити продуктивним відносинам.

11. Ліквідація заміників справжнього лідерства та управління через ціль.

Замість кількості необхідно запроваджувати методи для підтримки процесів на підприємстві (установі), ефект яких буде проявлятися у покращенні продуктивності. Щоб збільшити якість та ефективність, можна застосувати статистичні методи.

12. Ліквідація бар'єрів, які не дозволяють працівникам та менеджерам мудро використовувати свою працю.

Праця кожного з цих працівників однаково важлива та має однаковий вплив на кінцевий продукт (послугу). Лише праця без бар'єрів між ланками є ефективною та приносить усім користь.

13. Запровадження інтенсивних навчальних програм та заохочення до постійного вдосконалення.

Знання виступають однією із засад ефективної роботи фірми. Мова йде про актуальні знання, придатні для виконання щоденних обов'язків. Керівництво повинно виробити в своїх працівників навички самоосвіти, показавши переваги цього. Самовдосконалення кардинально впливає на відчуття власної вартості та додає впевненості в собі, що дуже важливо при виконанні відповідальної роботи.

14. Залучення всіх працівників до процесу трансформації.

Жодна система не буде функціонувати без залучення всього колективу підприємства (установи). Важливим аспектом у цій справі є вміння доступно пояснити працівникам усі переваги запропонованих змін.

Обґрунтовані Е. Демінгом чотирнадцять засад управління якістю попри свою простоту дійсно є ключем до повномасштабного функціонування підприємства (установи). Головна ідея згаданих постулатів полягає у задоволенні клієнта через високу якість виробу (послуги).

В основі методології управління якістю медичної послуги також виділяють такі базові принципи.

1. Задоволення потреб і очікувань зовнішнього споживача (пацієнта) і внутрішнього споживача (медичного працівника). Необхідно з'ясувати, що потрібно споживачу, чого він очікує від медичної послуги. Якість визначається

ступенем задоволення споживача. Пильна увага до потреб споживача не обмежується послугами, які існують сьогодні, але і дає змогу зрозуміти, які послуги необхідні йому в майбутньому. Саме невдоволення споживача змушує змінити всю систему надання медичної допомоги і побудувати її відповідно до очікувань, що дає змогу правильно оцінити напрями пошуку поліпшення якості медичної допомоги.

2. Системний підхід. Роботу ЗОЗ можна уявити як сукупність підсистем і процесів, що в них відбуваються. Тому для отримання кращих результатів медичної допомоги необхідно проаналізувати систему, визначити пріоритетні проблеми і прийняти можливі рішення щодо її зміни. Результати діяльності будь-якої системи визначаються її побудовою і функціонуванням. Для досягнення кращих результатів слід змінити систему. Поліпшення якості потребує зміни не тільки частин і елементів системи, але й їхньої взаємодії [23].

3. Командна робота. Командна робота дає змогу об'єднати зусилля представників різних сторін при наданні медичної послуги: медичних працівників, пацієнтів, фармацевтичних фірм і менеджерів ЗОЗ. Включення їх у команду дає змогу використати детальні знання кожного про відповідний елемент системи, що є принципово важливим для знаходження оптимального рішення зміни системи в цілому і її процесів. Одним із засобів, за допомогою яких команда навчається працювати, – це аналіз власного досвіду.

4. Наукові методи. Науковий підхід дає змогу на основі достовірних даних обрати нагальну проблему, оцінити її розміри і значущість, розробити план дій, що включає зміни процесів і самої системи, поставити експеримент для перевірки правильності намічених змін, оцінити результати експерименту, впровадити в діяльність ЗОЗ зміни, в результаті яких підвищилася якість.

Якість медичної допомоги є одним із найбільш поширених об'єктів вивчення. Узагальнення наукових підходів до проблеми якості послуг медичної галузі дозволяє стверджувати, що управління якістю медичної послуги складається з трьох основних видів діяльності: 1) створення якості; 2) поліпшення якості; 3) контроль рівня якості.

Сюди входять усі види діяльності, спрямовані на створення системи забезпечення якості, підвищення якості існуючої системи охорони здоров'я, нагляд за якістю (розробка стандартів, аудит, система моніторингу, самооцінка, зворотний зв'язок, дії менеджменту, оцінювання якості, процес змін).

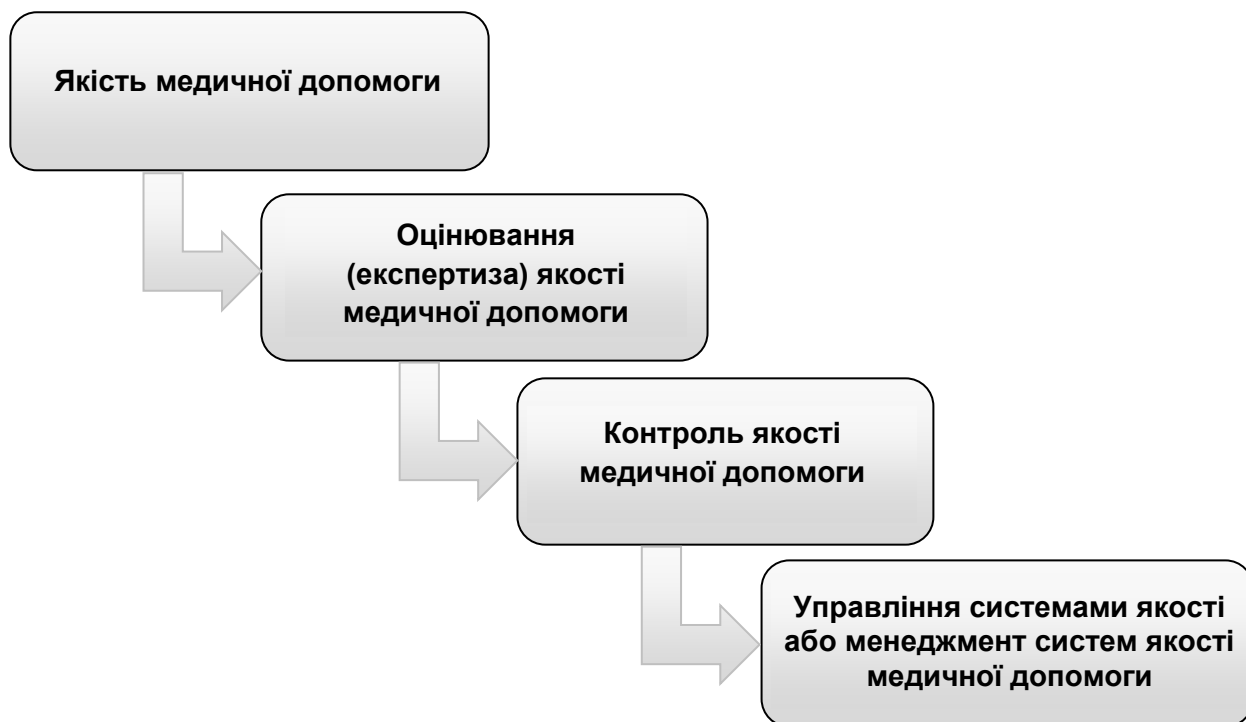


Рисунок 1.1 - Підходи щодо вирішення питань якості медичної допомоги

Досягнення якості в лікарняних закладах вирішують декількома способами:

- шляхом проведення оцінювання/експертизи якості медичних послуг;
- шляхом здійснення контролю якості медичних послуг;
- шляхом системного управління якістю (рис. 1.1).

Як бачимо з рисунка 1.1, вирішення якості медичної допомоги має три різних підходи: оцінювання, контроль та управління. Необхідно зазначити, що лише управління/менеджмент якості згідно з міжнародними стандартами серії ISO 9001 є сучасним ефективним інструментом забезпечення якості медичної допомоги.

Загалом управління якістю медичних послуг – це діяльність, що спрямована на встановлення певного порядку та стандартів, моніторинг та поліпшення якості

роботи таким чином, щоб медична допомога, що надається, була найбільш результативною та безпечною.

Якість медичної послуги є одним з найбільш розповсюджених об'єктів соціально-медичних досліджень, спрямованих на визначення проблем в досягненні якісного медичного обслуговування і розробку оптимальних моделей управління якістю в медичній галузі. Беручи до уваги вимоги і потреби клієнтів у сфері послуг та прагнення до постійного вдосконалення, розроблена модель досягнення якості медичних послуг (див. рисунок А.1). Запропонована модель передбачає встановлення відповідності рівня досягнутої якості рівневі очікуваної з урахуванням вимог пацієнтів та можливостей їх задоволення, які повинні бути виконані для того, щоб успішно конкурувати в сучасних економічних умовах.

Незважаючи на відмінність організації моделей охорони здоров'я у світі, їх об'єднує єдина мета – спроможність надавати ефективну і якісну медичну допомогу. Для реалізації сучасних моделей охорони здоров'я світу застосовуються п'ять механізмів (інструментів) управління якістю медичної послуги: обов'язкове ліцензування медичних закладів, їх акредитація та сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними), стандартизація (зазвичай у національних стандартах і клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв — обов'язкові й бажані) і, нарешті, безпосередньо контроль якості, який передбачає внутрішній та зовнішній аудит.

Ліцензування – процес, яким уряд надає дозвіл на здійснення професійної діяльності практикуючому лікарю або медичній організації (зазвичай після перевірки дотримання мінімальних обов'язкових стандартів). В Україні ліцензування поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики.

В управлінні якістю, як зазначають експерти, важливу роль відіграє акредитація медичних закладів. Якщо ліцензування гарантує мінімальні стандарти для безпеки пацієнта та мінімізує ризики для здоров'я, то акредитація медичних

закладів покликана забезпечити безперервне підвищення якості й націлена на досягнення оптимальних стандартів медичної допомоги.

Національний орган з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджує досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом. У 2009 році Проектом ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» було задокументовано вичерпні рекомендації щодо удосконалення процесу акредитації в Україні через створення незалежного Агентства з якості та акредитації медичних закладів, оскільки МОЗ України, яке здійснює акредитацію, не є незалежною структурою і створює об'єктивні перешкоди для забезпечення належної якості медичної допомоги в охороні здоров'я.

В Україні у 2018 році розпочато повноцінне розгортання медичної реформи. 30 січня 2018 року набув чинності Закон України, який запровадив фундаментальні зміни в механізмах функціонування системи охорони здоров'я [1]. Перший етап реформи реалізовано на первинній ланці надання медичної допомоги. Держава через Національну службу здоров'я України замовляє і оплачує медичні послуги, надані конкретному пацієнту.

Замовником медичних послуг є державні та громадські структури, основне завдання яких – піклування про здоров'я громадян. Органи місцевого самоврядування є власниками і розпорядниками закладів охорони здоров'я, а роль держави – забезпечити використання коштів, які зібрані у вигляді податків, щоб забезпечити конкретні послуги для громадян. Звертаючись за наданням медичної послуги, пацієнт відповідно очікує отримати якісну послугу. Хоча якість медичних послуг є суб'єктивним, складним і багатовимірним поняттям, її доволі складно оцінити та виміряти, медичний заклад зобов'язаний орієнтуватись, насамперед, на споживача (пацієнта), відповідати його потребам та вимогам.

Модель системи первинної допомоги, що впроваджується в Україні, передбачає договірні стосунки між певними структурами й установами, але пацієнт не є стороною у цій моделі, хоча, звертаючись у заклад охорони здоров'я, пацієнт (споживач) укладає із лікарем (лікувальним тощо закладом) угоду, що

передбачає певний вид правових відносин між закладом охорони здоров'я, яка надає послуги, та споживачем, який їх отримує (рисунок 1.2).

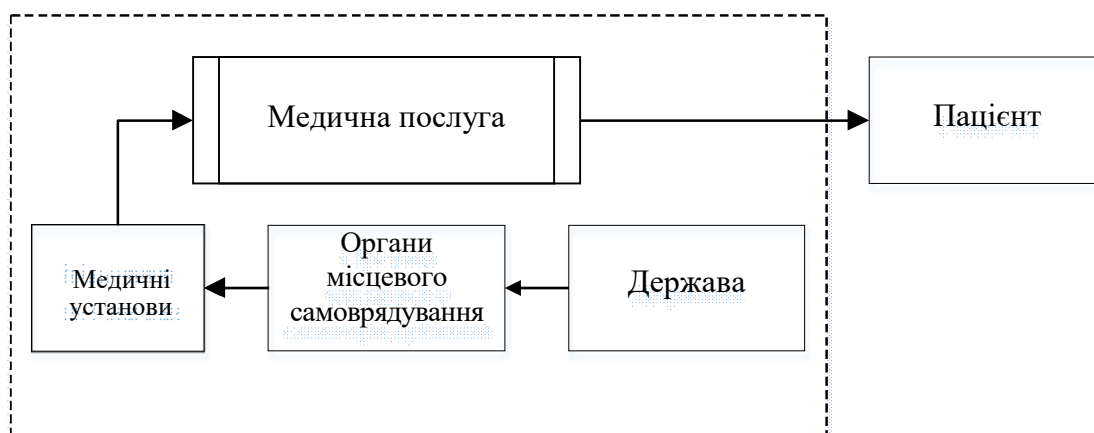


Рисунок 1.2 - Модель системи надання первинної медичної допомоги

Своєю чергою, медичний заклад зобов'язується надавати пацієнтові медичні послуги відповідно до визначеного переліку й у повному обсязі, зокрема за програмою медичних гарантій.

Для забезпечення якості надання медичних послуг необхідно спиратися на стандарти і стандартизовані показники якості, які є точкою відліку, досягши якої, потрібно вживати заходів для подальшого вдосконалення. Щодо запровадження механізму стандартизації слід зазначити: Україна гармонізована зі світовою практикою розробки медико-технологічних документів, яка передбачає наявність клінічних рекомендацій (настанов), медичних стандартів (МС) і протоколів надання медичної допомоги.

Стандартизація медичних послуг у вітчизняній охороні здоров'я розвивається швидкими темпами, а система стандартизації є відкритою. На 2019 рік в Україні було затверджено: 22 клінічні настанови, 5 стандартів медичної допомоги, 123 уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, 22 протоколи медичної сестри (фельдшера, акушерки) та 36 протоколів провізора (фармацевта) [19]. За європейською методологією зазначені документи розробляються на засадах доказової медицини, а не за допомогою експертного

групам пацієнтів; медико-економічні стандарти – стандарти програм із закладанням розрахункової вартості комплексу послуг, які пропонуються для надання пацієнтам; стандарти медикаментозного забезпечення формуються шляхом розробки спеціального формулярного списку лікарських засобів за кожним захворюванням у розрізі клініко-фармакологічних груп.

Упровадження галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги спрямоване на забезпечення хворому гарантованого рівня й обсягу медичної допомоги відповідної якості, нижче якого надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних установах України є неприпустимим [13].

В Уніфікованому клінічному протоколі рівень медичної допомоги, який може забезпечити держава, є «обов'язковим» критерієм (це можливості країни «на сьогодні»), і протокол слугує його досягненню. Критерії, що не збігаються з ідеальним (найкращим) рівнем, зазначеним у клінічних настановах, визнаються в уніфікованих протоколах «бажаними», і завдання МОЗ — зробити все, аби якнайшвидше їх досягнути. «Бажані» критерії вимагають від МОЗ та Уряду забезпечити галузь сучасними методами лікування. Локальні протоколи, які розробляють самі заклади (із часовою шкалою й переліком медичних втручань, визначенням виконавців), включають й індикатори якості.

В ході реформування вітчизняної системи охорони здоров'я не залишились поза увагою і міжнародні стандарти, які регламентують упровадження системи управління якістю, оскільки у світовій медичній практиці спостерігається тенденція до зниження уваги до контролю якості вихідних процесів, таких як зменшення смертності чи захворюваності, натомість акцентують на управлінні вхідними процесами та системі безперервного поліпшення якості.

Наступний механізм, що забезпечує якість надання медичної допомоги, — сертифікація, яка підтверджує відповідність закладів охорони здоров'я міжнародним стандартам ISO 9000. Наказом МОЗ України від 20.12.2013 р. №1116, який набув чинності 17 січня 2014 року, внесено зміни до процедури акредитації закладів охорони здоров'я, які зокрема передбачають, що для отримання вищої акредитаційної категорії закладом вторинного рівня необхідно пройти перевірку на відповідність вимогам стандартів ISO й отримати сертифікат відповідності національному стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги». Наявність такої системи в медичному закладі сприяє забезпеченню чіткості та прозорості його діяльності, істотному підвищенню ефективності лікування хворих, зниженню його вартості та підвищенню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням [12, 13].

Наступний дієвий інструмент (механізм) контролю якості – клінічний аудит (внутрішній і зовнішній), який є невід'ємною складовою безперервного підвищення якості. Зовнішній аудит здійснюють відповідні національні організації, внутрішній

– безпосередньо команда лікарів медичного закладу (самоконтроль), оскільки вони зацікавлені в належній якості медичної допомоги (у тому числі фінансово) (див. рисунок Б.1).

Завдання клінічного аудиту – порівняти наявну клінічну практику з передовою заради вдосконалення медичних послуг. Аудит може включати оцінку процесу надання медичної допомоги та/або її результату (відповідно до теми й завдань). Таку оцінку здійснюють за відповідними критеріями, які вказують, чого потрібно досягти, аби відповідати найкращій практиці.

Результати клінічного аудиту завжди корелюють з певними умовами медичної практики (і не можуть бути використані в інших умовах), медичним закладом, певною групою пацієнтів. Моніторинг може бути періодичним або безперервним. Він також може бути застосований відносно конкретних проблемних питань або для перевірки ключових напрямків роботи.

Відповідно до вимог МОЗ України, аналіз результатів роботи закладів охорони здоров'я ґрунтується на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичних даних і річних звітах про діяльність), а також на результатах окремих досліджень, чого недостатньо для оцінки якості медичної допомоги та визначення напрямків її покращання.

На законодавчому рівні задекларовано більшість відомих у світі методів контролю якості медичної допомоги: зовнішній і внутрішній, самооцінка медичних працівників, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація/сертифікація відповідно до вимог чинного законодавства України та ЄС. Однак реально клінічний аудит проводять тільки в окремих закладах охорони здоров'я України — передусім через незнання механізму його проведення, нерозуміння ролі індикаторів у локальних протоколах (а нещодавно МОЗ їх узагалі скасував), а також через відсутність мотивації колективів медичних закладів. Це пояснюється тим, що рівень якості, зазначений у критеріях та індикаторах надання медичної допомоги, жодним чином не пов'язаний із зарплатою лікарів та фінансуванням медичного закладу.

Виключенням є експертний метод визначення якості (оцінка результатів; відхилення від стандартів; аналіз окремих випадків надання медичної допомоги), який з радянських часів широко використовується на практиці. Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. №69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» «осучаснює» експертну оцінку другої та третьої груп експертизи, яка здійснюється у випадках смерті пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, котрі супроводжувалися скаргами заявника, тощо.

За результатами проведеного критичного аналізу можна зробити наступні висновки: хоча в нормативних документах МОЗ і зазначені сучасні методи контролю якості — клінічний аудит та моніторинг, на практиці здійснюється експертна оцінка результату й окремих небажаних випадків із вжиттям «організаційних заходів» для покарання винних. Однак клінічний аудит у медичному закладі передбачено проводити зазвичай один раз на квартал і, він має на меті не покарання окремих працівників за те, що не було досягнуто прийнятної якості, а пошук можливостей для її досягнення.

Важливим моментом для здійснення моніторингу і оцінки якості, як зазначають експерти ВООЗ, є визначення показників, за якими здійснюватиметься збір даних, – індикаторів якості з наступним аналізом отриманих даних. Клінічний індикатор – вимірювальний елемент роботи, стосовно якого є доказовість або згода, що він може використовуватись для оцінювання якості медичної допомоги і відповідно змінювати якість. Розробляються систематичними методами, поєднуючи доказовість від наукової літератури зі згодою клінічних експертів. Ці показники повинні охоплювати різні аспекти якості медичної допомоги: доступність і доцільність доступних ресурсів, ефективність їх використання; клінічну результативність / наслідки медичних втручань; пацієнт-центричність – задоволеність пацієнта; задоволеність персоналу професійною діяльністю; безпеку медичних втручань; чутливість управління – здатність закладу охорони

здоров'я відповідати суспільним потребам, надавати справедливу медичну допомогу, незалежно від етнічних, расових, вікових, гендерних особливостей пацієнта, гнучкість при зміні суспільних потреб у медичній допомозі.

Можливість використання клінічних індикаторів і порівняння їх з нормативними значеннями (стандартами) дозволить проводити моніторинг ефективності лікувально-діагностичного процесу на рівні кожного пацієнта, своєчасно і оперативно здійснювати управлінські впливи [22, 23].

1.3 Використання інформаційних технологій в системі управління якістю медичної допомоги

У наш час основною умовою стабільного функціонування будь-якого закладу, установи чи організації є удосконалення методів управління. Один з інструментів удосконалення системи управління організації – впровадження інформаційних систем, що дозволяє організувати ефективне планування усієї господарської та фінансової діяльності та, як наслідок, підвищити рентабельність організації на 5-15%; знизити ризики за рахунок оперативного отримання інформації про всі процеси, за рахунок своєчасного прийняття рішень тощо [18].

Медичне обслуговування населення є однією з найважливіших сфер життєдіяльності суспільства, а однією з основних задач медичної інформатики є створення перспективної інформаційної системи, яка мусить бути кращою від існуючих за низкою основних показників. Основні установи Організації Об'єднаних Націй (ООН) з питань охорони здоров'я та телекомунікацій, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародний союз електрозв'язку (МСЕ) визнали важливість співпраці в питаннях електронної охорони здоров'я, закликаючи країни розробляти національні стратегії.

У 2017 році в Україні розпочалась реформа системи охорони здоров'я, важливим інструментом впровадження якої є створення сучасної електронної

системи, що дозволить значно підвищити ефективність та прозорість охорони здоров'я. Стрімкий розвиток інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) в розвинутих країнах вже змінила ряд індустрій та організацій, приносячи істотну вигоду як громадській охороні здоров'я, так й індивідуальному медичному обслуговуванню та адаптуючи способи надання медичних послуг і характер управління системами охорони здоров'я на всіх рівнях.

Україна є визнаним лідером у сфері розробки програмного забезпечення, що створює сприятливі передумови для розробки та реалізації технічних рішень у сфері ІКТ і медичної інформатики. Визначення основних напрямків, а також докладне планування необхідних заходів є вирішальним для досягнення довгострокових цілей, таких як доступність медичних послуг, управління якістю та ефективності системи охорони здоров'я.

Протягом 2017–2019 років відбулось ряд системних зрушень у сфері інформатизації охорони здоров'я, було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», ряд підзаконних актів, якими було врегульовано діяльність електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) та інституцій, що мають її впроваджувати – Міністерство Охорони Здоров'я (МОЗ), Національна Служба Здоров'я України (НСЗУ), Державне підприємство «Електронне здоров'я» (ДП ЕЗ).

Розглянемо проблеми, що підлягають вирішенню за допомогою інформатизації охорони здоров'я.

1) Неefективність системи охорони здоров'я. Статистичні дані свідчать, що показники середньої тривалості життя в Україні, рівень смертності населення є одними з найгірших в регіоні. При цьому Україна є четвертою в світі державою за показником кількості лікарняних ліжок на 10 000 тис. населення, має більшу порівняно із середньою для країн-членів ЄС кількість лікарів та медичних сестер, значно вищі, ніж у середньому в ЄС рівень госпіталізації, середню тривалість перебування в стаціонарі та кількість амбулаторних контактів з розрахунку на одного пацієнта. Відсутність своєчасної та стандартизованої інформації про пацієнта у лікарів призводить до дублювання консультацій, лабораторних

досліджень, інших медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги та до нераціональних витрат ресурсів. Лікарі та медичні заклади використовують неефективні процеси, з веденням великої кількості паперових форм медичної документації та збиранням статистичної інформації без подальшої цілі їх аналізу та впливу на ефективність функціонування системи охорони здоров'я.

2) Недостатність у лікаря інформації про пацієнта. Інформація про стан здоров'я пацієнта фрагментована, первинна медична інформація зберігається у різних надавачів медичних послуг, як правило, в паперовому вигляді, що має результатом недоступність інформації для медичного персоналу поза закладом, високу вірогідність її втрати, низьку можливість моніторити та контролювати якість надання медичних послуг з боку контролюючих органів. У медичного персоналу екстреної медичної допомоги часто відсутня інформація, що може врятувати життя пацієнта.

3) Обмежена доступність медичних послуг. В ряді регіонів України спостерігається нестача кваліфікованого медичного персоналу, непропорційний територіальний розподіл спеціалістів (концентрація в великих містах, недостатність в сільській місцевості) формує запит на дистанційну медичну допомогу за допомогою засобів телемедицини.

4) Непрозорість системи охорони здоров'я, недостовірні дані та корупція. Внаслідок того, що практично всі процеси збирання первинних медичних даних та формування медичної статистики пов'язані з паперовим документообігом, в Україні відсутні дієві механізми збору якісної інформації для прийняття рішень органами управління системою охорони здоров'я та належного контролю над цією сферою [5].

З метою вирішення вищезазначених проблем в Україні впроваджується електронне урядування, очікується можливість доступу ЕСОЗ до міжвідомчих державних даних через систему взаємодії державних електронних ресурсів «Трембіта», діяльність в цьому напрямку координується Державним агентством з питань електронного урядування України.

Структурна реформа фінансування охорони здоров'я надає історичне вікно можливостей для швидкої інформатизації оскільки передбачає використання електронних інструментів (подання декларацій про вибір лікарів, що надають первинну медичну допомогу; укладання договорів між закладами охорони здоров'я та НСЗУ; звітність; виписування та погашення електронних рецептів; ведення електронних медичних записів; електронні направлення, тощо), тобто заклади охорони здоров'я мають дієві фінансові заохочення для швидкого впровадження інформаційних систем та інвестицій у ІКТ [5].

Головною сучасною тенденцією в процесі вдосконалення якості медичної допомоги є перехід до комплексного забезпечення якості на всіх етапах надання медичної послуги і допомоги (профілактики, діагностики, лікування, подальшого нагляду за хворими) на відміну від роздрібненого аналізу окремих етапів та медичних втручань. Проте актуальним залишається питання щодо процесу управління лікувальними закладами з метою входження на ринок медичних послуг та пошуку вигідної ніші у ньому на довготривалий період. Основою для прийняття управлінських рішень має бути відповідна інформація. Остання дуже важлива для менеджерів не залежно від рівня їхньої компетенції. Так, А. Стабрила вважає, що «інформаційна система менеджерів представляє собою систему, яка формується, з одного боку, з ресурсів і потреб в інформації, з іншого боку – з підсистеми зв'язку» [48].

На думку науковця, така система характеризується наступними рисами: виконує функції виявлення, діагностики та початкового вирішення поставлених завдань; її ресурси та інформаційні потреби належать до різних галузей управління (фінансів, людських засобів, виробництва); знаходиться в організаційній структурі компанії, відділу у вигляді департаменту інформації (підрозділу), але також може працювати і поза системно; може бути структурованою відповідно до формули матричних структур [48].

Головні завдання, що потребують вирішення після запровадження інформаційної системи управління, такі: обрахунок витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг; повна інформація про пацієнтів, перебіг надання

медичної допомоги та витрати на лікування; комплексне управління торгівлею ліками; раціоналізація документообігу; підтримка аналізу та звітності для менеджерів і компетентних органів контролю й нагляду; закупівля, зберігання і розповсюдження матеріалів і товарів; використання та обслуговування активів; ведення обліку кадрів (як адміністративного персоналу, так і медичного); ведення бухгалтерського обліку, пов'язаного з фінансово-господарською діяльністю лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; підготовка та подання відповідних звітів і використання інформації для потреб управлінського обліку.

Завдання управління інформацією в галузі охорони здоров'я полягає у створенні такого інформаційного середовища, яке б об'єднувало користувачів охорони здоров'я з надавачами цих послуг та відповідало б чинній системі охорони здоров'я. Його основа – це інформаційний простір управління, що формується із відповідних інформаційних ресурсів, знань, баз даних.

- Складовими інформаційного простору управління лікувальними закладами є:
- інформаційні ресурси (дані на відповідних носіях інформації);
 - інформаційна інфраструктура.

Інформаційне забезпечення діяльності будь-якого медичного закладу – складний і трудомісткий процес, спрямований на вирішення професійних, організаційних і соціальних завдань: управління якістю надання медичної допомоги населенню; відстеження рівня надання медичної допомоги; прогнозування потреб у ній на найближчий час; забезпечення сучасного рівня прийняття рішень в управлінні охороною здоров'я; аналіз існуючого кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я та планування потреби у медичних кадрах; планування проведення профілактичних заходів; оцінювання ефективності використання коштів для надання медичної допомоги; планування та моніторинг обігу лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичної техніки; контроль за дотриманням норм законодавства у сфері ліцензування, сертифікації, акредитації; впровадження механізмів раціональної оплати праці; забезпечення

інформаційної взаємодії між закладами, установами й організаціями сфери охорони здоров'я; інформаційна підтримка адміністративно-господарської діяльності закладів охорони здоров'я [26].

Загальна система інформаційного забезпечення подана на рисунку 1.3.

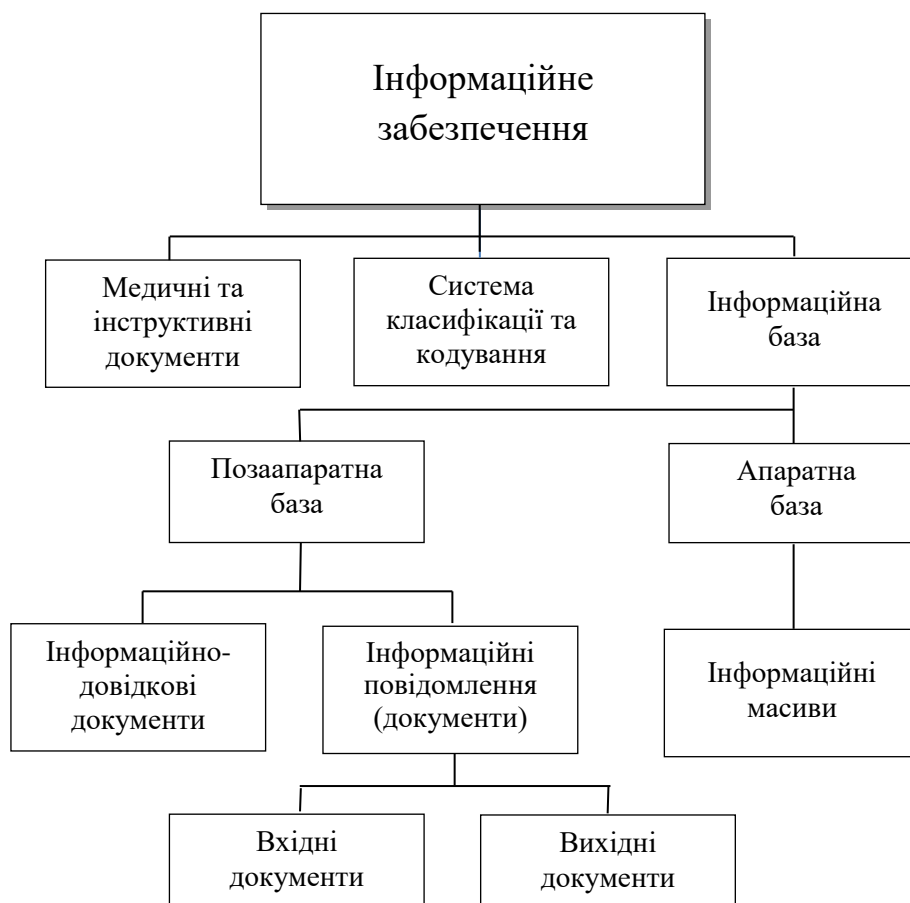


Рисунок 1.3 - Інформаційне забезпечення функціонування лікувальних закладів [32]

Значні обсяги інформації з власних джерел, що повинні формуватись кожним суб'єктом контролю якості за результатами його проведення, мають відповідати певним вимогам: своєчасності збору, обробки і передачі на вищий рівень управління, достатнього обсягу, надійності (відсутності помилок), цінності

(здатності досягати мети). Накопичену інформацію бажано зберігати для використання в майбутньому для оцінки динаміки змін характеристик якості. Разом з тим збір інформації стосовно якості не повинен перевантажувати персонал надмірними витратами часу.

Цілком зрозуміло, що неможливо отримати якісну інформацію на основі неякісних вхідних даних. Саме тому важливе місце серед дієвих засобів підвищення якості контролю займає автоматизація процедур контролю з використанням комп'ютерної техніки та спеціального програмного забезпечення. Сучасні засоби автоматизованої обробки інформації дозволяють перевести на якісно новий рівень процеси автоматизованого контролю якості первинної інформації. Використовуючи новітні інформаційні технології в основу яких будуть покладені методи кваліметрії, і застосовуючи автоматизовані процедури оцінки рівня якості наданих медичних послуг, можна мінімізувати вплив суб'єктивного чинника на результат оцінювання і таким чином наблизитись до бажаного рівня якості медичних послуг.

Зазначеним вимогам відповідають медичні інформаційні системи (МІС) – комплекс методологічних прийомів, технічних засобів і алгоритмів керування, призначених для збору, зберігання, обробки й передачі інформації з питань контролю якості медичної допомоги на різних рівнях управління. МІС розглядається як комплексна автоматизована інформаційна система, в якій об'єднані електронні медичні записи про пацієнтів, дані медичних досліджень в цифровій формі, дані моніторингу стану пацієнта з медичних приладів, засоби спілкування між співробітниками, фінансова та адміністративна інформація. Тобто дана інформаційна система, по суті, є сполучною ланкою між статистичними і бухгалтерськими відділами та відділеннями медичної діяльності закладу охорони здоров'я [26].

Виконання Програми інформатизації галузі охорони здоров'я дозволило частково вирішити питання забезпечення медичних закладів комп'ютерною технікою, програмними продуктами та навчання персоналу користуватись ними. В сучасних умовах існуюче оснащення комп'ютерною технікою і найбільш

поширеним програмним забезпеченням – продуктами Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft Visio, «Стационар», «Поліклініка» – дозволяє прискорити найпростіші процеси контролю: реєстрацію даних, їх статистичну обробку, графічне представлення, динаміку змін.

Разом з тим, суттєвим моментом вдосконалення стане впровадження електронних документів – електронної історії хвороби, електронного паспорту пацієнта, які містять відомості про клінічні діагнози, лікарські призначення, результати лабораторних тестів і діагностичних досліджень, динаміку захворювання і дефекти під час надання медичної допомоги, що дозволить в режимі реального часу і в найкоротші терміни відслідковувати клінічний результат, здійснювати підрахунки вартості кожного клінічного випадку, оцінювати рівень і обсяг небезпечних втручань.

Зазначені можливості медичних інформаційних систем представляють їх як важливий інструмент для керівників при прийнятті обґрунтованих рішень в умовах дефіциту фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів. Таким чином, запровадження і використання інформаційних технологій прискорить обмін інформацією і комунікації в системі контролю якості медичної допомоги, знизить ризики і невизначеність за рахунок достатнього обсягу інформації, які, як правило, обумовлюються її дефіцитом при прийнятті управлінських рішень.

Кінцевим результатом застосування та використання якості інформаційних систем є, передусім, задоволення пацієнтів і можливість зайняти найкращу нішу на ринку медичних послуг. Це дасть змогу лікувальним закладам збільшити власні прибутки, а пацієнтам отримати прямий доступ до інформації про медичні заклади (спеціалізацію, графік консультацій лікарів та можливості запису до них у режимі он-лайн із підтвердженням). Використання закладами охорони здоров'я стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної, третинної медичної допомоги спеціалізованих та універсальних інформаційних систем і технологій покращує процес управління, забезпечує розширену підтримку в прийнятті рішень, підвищує якість та доступність медичних послуг.

Висновки до розділу 1

Підбиваючи підсумки проведеного критичного аналізу, зазначимо, що, з одного боку, природний зміст медичної послуги розглядається як корисний ефект у вигляді відновлення здоров'я пацієнта (клієнта) та полегшення страждань хворого, а з іншого боку – як суспільна форма, в межах якої надається медична допомога. Найістотнішою її складовою є економічні взаємовідносини, що складаються між учасниками організованого процесу лікувально-профілактичної діяльності, а найбільш характерні ознаки медичної послуги, що відрізняють її від медичної допомоги – плата і мета (кінцевий результат). Вони реалізуються в історично визначеному та сформованому інституціональному середовищі.

Узагальнення наукових підходів до проблеми якості послуг медичної галузі дозволяє стверджувати, що управління якістю медичної послуги складається з трьох основних видів діяльності: створення якості; поліпшення якості; контроль рівня якості. Загалом управління якістю медичних послуг – це діяльність, що спрямована на встановлення певного порядку та стандартів, моніторинг та поліпшення якості роботи таким чином, щоб медична допомога, що надається, була найбільш результативною та безпечною.

Якість медичної послуги є одним з найбільш розповсюджених об'єктів соціально-медичних досліджень, спрямованих на визначення проблем в досягненні якісного медичного обслуговування і розробку оптимальних моделей управління якістю медичної послуги, а саме: обов'язкове ліцензування медичних закладів, їх акредитація та сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними), стандартизація (зазвичай у національних стандартах і клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв — обов'язкові й бажані) і, нарешті, безпосередньо контроль якості, який передбачає внутрішній та зовнішній аудит.

Головною сучасною тенденцією в процесі вдосконалення якості медичної допомоги є перехід до комплексного забезпечення якості на всіх етапах надання медичної послуги і допомоги (профілактики, діагностики, лікування, подальшого нагляду за хворими).

Інформація має вагомий вплив на діяльність будь-яких фірм, і медичні заклади – не виняток. Завдання управління інформацією в галузі охорони здоров'я полягає у створенні такого інформаційного середовища, яке б об'єднувало користувачів охорони здоров'я з надавачами цих послуг та відповідало б чинній системі охорони здоров'я. Структурна реформа фінансування охорони здоров'я надає історичне вікно можливостей для швидкої інформатизації оскільки передбачає використання електронних інструментів (подання декларацій про вибір лікарів, що надають первинну медичну допомогу; укладання договорів між закладами охорони здоров'я та НСЗУ; звітність; виписування та погашення електронних рецептів; ведення електронних медичних записів; електронні направлення, тощо), тобто заклади охорони здоров'я мають дієві фінансові заохочення для швидкого впровадження інформаційних систем та інвестицій у ІКТ.

Реалізація реформи охорони здоров'я в напрямку інформатизації передбачає широке впровадження медичних інформаційних систем (МІС) для автоматизації робіт на кожному з етапів діагностично-лікувального процесу. Під медичною інформаційною системою розуміють форму організації діяльності в медицині й охороні здоров'я, що поєднує медиків, математиків, інженерів, техніків з комплексом технічних засобів і забезпечує збір, збереження, переробку і видачу медичної інформації різного профілю в процесі рішення визначених задач медицини й охорони здоров'я. Основною метою МІС є інформаційна підтримка різноманітних задач надання медичної допомоги населенню, управління медичними закладами і інформаційному забезпеченні системи охорони здоров'я.

Таким чином, запровадження і використання інформаційних технологій прискорить обмін інформацією і комунікації в системі контролю якості медичної допомоги, знизить ризики і невизначеність за рахунок достатнього обсягу інформації, які, як правило, обумовлюються її дефіцитом при прийнятті управлінських рішень.

2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

2.1 Організаційно-економічна характеристика медичної організації

Львівський обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр створений у 1995 році. У 2018 році комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр» відповідно до рішення Львівської обласної ради від 17 квітня 2018 року №669 «Про перетворення комунальних закладів охорони здоров'я Львівської обласної ради у комунальні некомерційні підприємства» відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» перетворений у комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр» (скорочена назва – КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»). Підпорядкований Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації. Головний лікар – Павлик Степан Степанович.

КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» є лікарняним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної та третинної високоспеціалізованої медичної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями в системі охорони здоров'я України та організаційно-методичним центром із керівництва системою кардіологічної допомоги населенню адміністративно-територіальної одиниці.

Код ЄДРПОУ: 20761112. Місцезнаходження підприємства: Україна, 79041, м. Львів, вул. Кульпарківська, 35. Метою діяльності центру є забезпечення в повному обсязі висококваліфікованої і спеціалізованої стаціонарної та консультативно-діагностичної допомоги населенню. Центр надає діагностично-лікувальну допомогу населенню.

Згідно Статуту, основною метою діяльності підприємства КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» є надання на безвідплатній та відплатній основі планової та екстреної високоспеціалізованої кардіологічної допомоги пацієнтам з серцево-судинними захворюваннями та координація екстреної медичної допомоги при невідкладних станах в кардіології на догоспітальному (разом із центрами екстреної медичної допомоги та центрами первинної медико-санітарної допомоги), госпітальному та поліклінічному етапах (разом із центральними районними та міськими лікарнями) населенню Львівської області, м. Львова, України та іноземним громадянам.

Предметом діяльності підприємства є:

1) здійснення медичної практики, надання висококваліфікованої спеціалізованої вторинної та третинної медичної допомоги, лікувальної, діагностичної, медико-профілактичної, реабілітаційної, консультативної, наукової, організаційно-методичної, освітньої, інформаційної та інших видів діяльності, в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та Статутом громадянам України, іноземним громадянам, особам без громадянства, як у стаціонарних так і в амбулаторних умовах;

2) проведення профілактичних медичних оглядів особам, що підлягають обов'язковим обстеженням, у терміни передбачені чинним законодавством;

3) організація і надання кваліфікованої екстреної та інтенсивної медичної допомоги пацієнтам, які перебувають в інших стаціонарах області при гострих і раптових станах, незалежно від місця проживання і віку хворого, із залученням лікарів-спеціалістів інших закладів охорони здоров'я та ресурсів служби екстреної медичної допомоги та медицини катастроф;

4) проведення планових виїздів в заклади охорони здоров'я міст і районів Львівської області та інші медичні заклади України з метою надання організаційно-методичної і практичної допомоги (консультації хворих, практична допомога лікарям);

5) розробка заходів, спрямованих на підвищення рівня і покращення якості медичної допомоги населенню на підставі аналізу захворюваності, летальності,

смертності в області. Надання закладам охорони здоров'я організаційно-методичної і практичної допомоги з метою реалізації розроблених заходів.

Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику та має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

В кардіоцентрі функціонують 4 стаціонарні відділення на 220 ліжок, з них 60 ліжок інфарктного відділення з палатою інтенсивної терапії на 8 ліжок, та 3 кардіологічні на 160 ліжок. Працюють відділення функціональної діагностики, клініко-діагностична лабораторія, диспансерне відділення, рентген-кабінет, кабінет рентгеноопераційної.

Центр користується правом для завершення діагностичного процесу і проведення спеціалізованого лікування, забезпечує організаційно-методичну та консультативну допомогу лікувально-профілактичним установам області.

Центр співпрацює з науковими та науково-дослідними установами охорони здоров'я, медичними товариствами, приймає участь у науково-практичних семінарах, конференціях, організовує та проводить курси підвищення кваліфікації і стажування лікарів на базі центру.

КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» користується закріпленим за ним комунальним майном, що є у спільній власності територіальних громад Львівської області, на праві оперативного управління. Підприємство має самостійний баланс, рахунки в установах банків, Державному казначействі України, круглу печатку зі своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами.

Підприємство самостійно визначає та розробляє свою організаційну структуру, штатний розпис у відповідності до законів України, яку може змінювати у разі необхідності, ліквідувати або реорганізовувати наявні структурні підрозділи, або вводити нові структурні підрозділи і види медичної діяльності, а також встановлює чисельність працівників у встановленому законодавством України та цим Статутом порядку. Зміна організаційної структури КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» не є підставою для внесення змін до Статуту та його перереєстрації.

2.2 Аналіз фінансово-господарської діяльності КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

2.2.1 Аналіз надання медичної допомоги та медичних послуг

Дефекти надання стаціонарної медичної допомоги часто обумовлені внутрішніми системними дефектами лікарень: недостатньо чітким плануванням і взаємодією між медичними службами, відсутністю мотивації медичного персоналу та керівників державних та комунальних закладів охорони здоров'я до підвищення якості та обсягів своєї діяльності, забезпечення належного контролю витрат та ефективного використання наявних ресурсів.

Одним із важливих заходів підвищення соціальної ефективності функціонування системи охорони здоров'я є проведення аналізу фінансово-економічної діяльності медичної організації та моніторингової оцінки роботи закладу охорони здоров'я.

Аналіз фінансово-економічної діяльності медичної організації передбачає проведення аналітичного дослідження за такими напрямками:

- а) аналіз надання медичної допомоги та медичних послуг;
- б) аналіз собівартості і витрат на надання медичної допомоги та медичних послуг;
- в) аналіз прибутку і рентабельності медичної установи;
- г) аналіз фінансового стану медичної установи.

З метою поліпшення якості медичної допомоги та оптимізації роботи медичної організації проведено аналіз діяльності КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» за основними економічними показниками надання медичної допомоги і медичних послуг та показниками медико-технологічного забезпечення роботи закладу охорони здоров'я у 2017-2019 роках.

Результати аналізу зведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Основні показники діяльності КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» за 2017-2019 роки

Назва показника	Роки									Абс. відхилення (+, -)		
	2017			2018			2019			2018р. від 2017р.	2019р. від 2018р.	2019р. від 2017р.
	Абс.значення		Показник	Абс.значення		Показник	Абс.значення		Показник			
	чисельник	знаменник		чисельник	знаменник		чисельник	знаменник				
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
I. Ресурсне забезпечення												
1. Виконання річного бюджету (у %) (абсолютні показники в тис.грн)	54 881,9	54 958,5	99,81	61 884,3	64 782,1	95,53	68 106,3	68 465,8	99,47	-4,28	3,94	-0,34
2. Залучено позабюджетних коштів у розрахунку на одного штатного працівника (тис.грн)	3 839,0	474,0	8,10	9 278,9	569,75	16,29	3 208,2	567,75	5,65	8,19	-10,64	-2,45
3. Укомплектованість штатних лікарських посад (у %)	103,0	115,0	89,75	103,0	113,25	90,95	103,0	111,75	92,17	1,2	1,22	2,42
4. Укомплектованість штатних посад молодшого медичного персоналу із медичною освітою (у %)	192,0	203,75	94,23	189,0	200,75	94,15	183,0	194,75	93,97	-0,08	-0,18	-0,26
5. Коефіцієнт співвідношення кількості посад лікарів до посад медичних сестер (коефіцієнт співвідношення)	124,75	184,50	0,68	119,75	184,5	0,65	117,75	183,0	0,64	-0,03	-0,01	-0,04
6. Питома вага атестованих керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників зі спеціальності «Управління охороною здоров'я» від тих, хто підлягав атестації, на кінець звітної періоду (у %)	2	2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-100,0	0,0	-100,0
7. Питома вага атестованих лікарів від тих, хто підлягає атестації, на кінець звітної періоду (у %)	22	22	100,0	25	25	100,0	19	19	100,0	0,0	0,0	0,0
8. Питома вага лікарів без кваліфікаційної категорії (у %)	0	103	0,0	0	103	0,0	1	103	0,97	0,0	0,97	0,97

Продовження таблиці 2.1

A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9. Питома вага атестованого молодшого медперсоналу з медичною освітою від тих, хто підлягав атестації, на кінець звітного періоду (у %)	36	37	97,30	33	33	100,0	42	43	97,67	2,7	-2,33	0,37
10. Питома вага керівників із числа резерву керівного складу, що отримали сертифікати спеціаліста з охорони здоров'я (у %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1	2	50,0	0,0	50,0	50,0
II. Основні показники діяльності стаціонару												
11. Виконання плану ліжкоднів (у %)	70 699,0	72 660,0	97,3	70 245,0	72 660,0	96,68	67 029	72 660	92,25	-0,62	-4,43	-5,05
12. Хірургічна активність (у %)	741	751	98,67	649	667	97,30	680	684	99,42	-1,37	2,12	0,75
13. Питома вага розходжень заключних клінічних та патолого-анатомічних діагнозів (у %)	10	128	7,81	17	141	12,06	7	122	5,74	4,25	-6,32	-2,07
14. Лікарняна летальність (у %)	128	6394	2,0	141	6 457	2,18	122	6 297	1,94	0,18	-0,24	-0,06
15. Післяопераційна летальність (у %)	6	741	0,81	5	649	0,77	7	680	1,03	-0,04	0,26	0,22
III. Планово-консультативна допомога												
16. Кількість відвідувань у консультативній поліклініці на одну штатну лікарську посаду	33 617	11,5	2 923,22	32 769	11,5	2 849,48	32 328	11,5	2 811,13	-73,74	-38,35	-112,09
17. Кількість консультативних виїздів у ЗОЗ районів та міст області на одного лікаря-консультанта	48	44	1,09	46	43	1,07	45	43	1,05	-0,02	-0,02	-0,04
18. Кількість про консультованих хворих при виїздах на одного спеціаліста	514	44	11,68	486	43	11,30	483	43	11,23	-0,38	-0,07	-0,4

З представленої таблиці можна відмітити, що річний бюджет медичної організації протягом 2017-2019 років поступово зростає: у 2017 році він становив 54 851,9 тис.грн, у 2018 році – 61 884,3 тис.грн і у 2019 році збільшився до 68 106,3 тис.грн. Однак незначне недовиконання бюджету спостерігається протягом усього періоду, найбільше недовиконання – у 2018 році (95,53 %).

На рисунку 2.1 показано динаміку зміни фактичної та планової величини річного бюджету КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» у 2017-2019 роках.

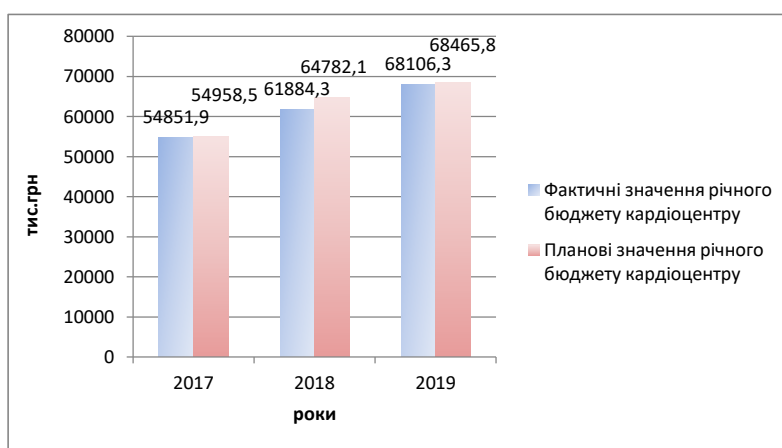


Рисунок 2.1 – Динаміка зміни річного бюджету КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

Кількість штатних працівників за аналізований період зросла з 474 чол. у 2017 році до 568 чол. у 2019 році, або на 94 чол., що становить 19,8 % приросту медперсоналу кардіоцентру. Укомплектованість штатних лікарських посад в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» зросла з 89,75 % у 2017 році до 92,17 % у 2019 році. При цьому укомплектованість штатних посад молодшого медичного персоналу із медичною освітою за 2017-2019 роки зменшилася на 0,26 %: у 2017 році її значення становило 94,23 %, у 2018 році – 94,15 %, у 2019 році – 93,97 %. Однак укомплектованість штатних лікарських посад на відміну від іншої залишається на низькому рівні.

На рисунку 2.2 проілюстровано динаміку зміни показників укомплектованості штатних лікарських посад та молодшого медичного персоналу.

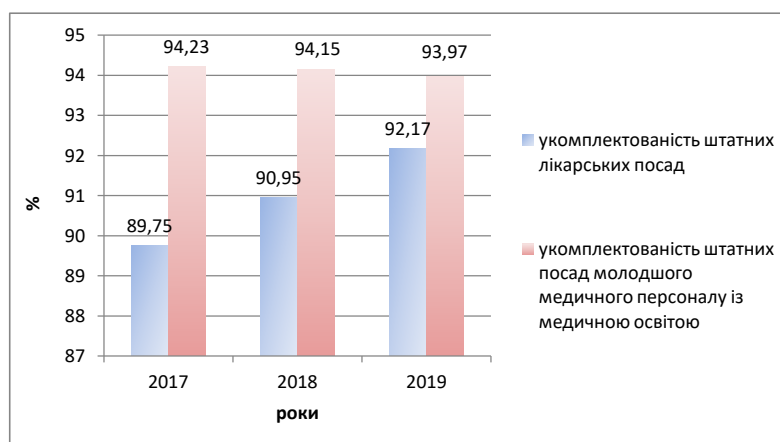


Рисунок 2.2 – Динаміка зміни показників укомплектованості медичного персоналу КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

Значення коефіцієнта співвідношення кількості посад лікарів до посад медичних сестер майже не змінилося (зменшення на 0,04 %).

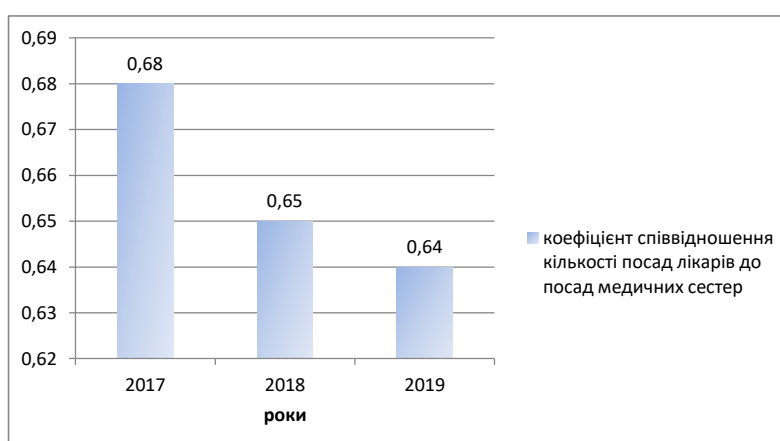


Рисунок 2.3 – Динаміка зміни коефіцієнта співвідношення

Згідно даних таблиці 2.1, протягом трьох останніх років було залучено відповідно такі обсяги позабюджетних коштів у розрахунку на одного штатного працівника: у 2017 році – 8,10 тис. грн, у 2018 році найбільша величина – 16,29 тис.грн, у 2019 році – 5,65 тис.грн.

Проаналізуємо основні показники діяльності стаціонару кардіоцентру. Показник виконанням плану ліжокднів зменшився у 2018 році до попереднього на 0,62 %, а у 2019 році ще на 4,43 %, що за весь період складає зниження у 5,05 %.

Лікарняна летальність протягом досліджуваного періоду коливалася в межах від 1,94 % до 2,18 %, найбільше значення відмічається у 2018 році, найменше – у 2019 році. Питома вага розходжень заключних клінічних та патологоанатомічних діагнозів також мала значні коливання: у 2017 році – 7,01 %, у 2018 році – 12,06 %, а у 2019 році – 5,74 %, що свідчить про поліпшення показників роботи медичного персоналу стаціонару досліджуваного кардіоцентру. При цьому показник хірургічної активності за весь період зріс на 0,75 %, в тому числі, у 2019 році – на 2,12 %. Однак слід відмітити збільшення випадків післяопераційної летальності за останній рік (на 0,26 %), а в цілому значення показника підвищилося на 0,22 %. На рисунках 2.4-2.5 показано динаміку основних показників діяльності стаціонару за період 2017-2019 років.

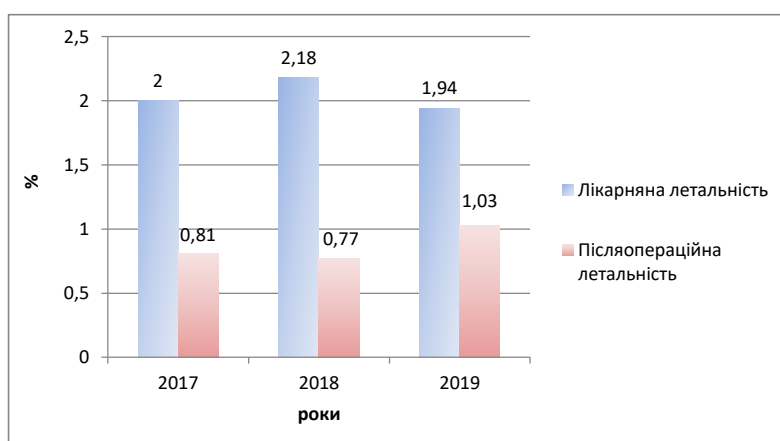


Рисунок 2.4 – Динаміка значень показників летальності в стаціонарі кардіоцентру

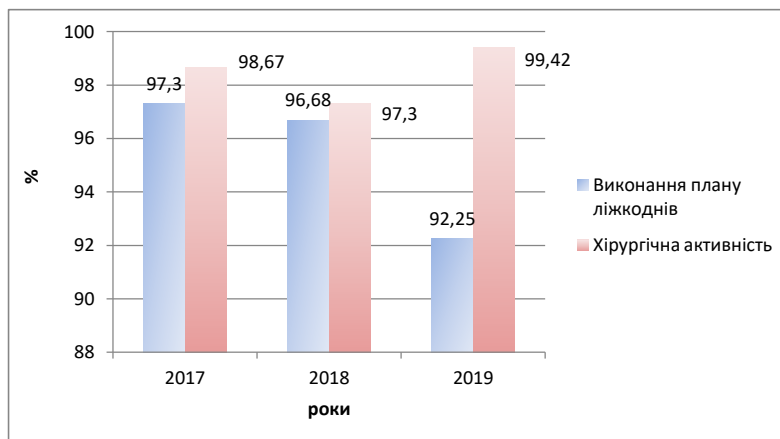


Рисунок 2.5 – Динаміка основних показників роботи стаціонару
КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

За результатами аналізу можна зробити висновок про нестабільність діяльності, оскільки основні показники роботи відділення за аналізований період змінюються різноспрямовано, однак залишаються на високому рівні.

Окремо розглянемо особливості та результати діяльності відділень стаціонару КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», до яких слід віднести: інфарктне відділення, а також відділення кардіології №1 і №3, відділення інтервенційної радіології та кардіохірургічне відділення. Відповідно до основних завдань у відділеннях здійснюється обстеження і надання висококваліфікованої спеціалізованої лікувально-діагностичної та консультативної допомоги пацієнтам, що страждають різними серцево-судинними захворюваннями. Перш за все це лікування хворих з різними формами ІХС: гострий інфаркт міокарда; нестабільна стенокардія, стабільна стенокардія напруги I-IV ФК; постінфарктний кардіосклероз з порушеннями серцевого ритму або ознаками серцевої недостатності; вроджені і набуті вади серця; відбір хворих для ревазуляризації міокарда (балонна дилатація, стентування, АКШ).

Таблиця 2.2 – Показники використання ліжкового фонду по відділеннях КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» в 2017-2019 роках

	Назва закладу / відділення	Число ліжок		Вибуло хворих	Померло хворих	Проведено хворими ліжкоднів	Число л/днів згортання на ремонт	План виконання л/днів	Показники				
		На кінець звітного періоду	Середнє за звітний період						Середнє число днів роботи ліжка	Середній л/день перебуван. хворого	Обіг ліжка	% виконання плану л/днів	Летальність, %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
2017 рік													
1.	Інфарктне відділення	60	60	1 209	109	21 591	-	20 820	359,9	17,9	20,2	103,7	9,0
2.	Кардіологія №1	60	60	1 860	10	20 274	-	20 820	337,9	10,9	31,0	97,4	0,5
3.	Відділення інтервенційної радіології	20	20	873	1	5 497	-	6 940	274,9	6,3	43,7	79,2	0,1
4.	Кардіологія №3	40	40	1 701	2	15 900	-	13 880	397,5	9,3	42,5	114,6	0,1
5.	Кардіохірургічне відділення	30	30	751	6	6 531	-	10 200	217,7	8,7	25,0	64,0	0,8
6.	ВАІТ					906							
	ВСЬОГО	210	210	6 394	128	70 699	-	72 660	336,7	11,1	30,4	97,3	2,0
2018 рік													
1.	Інфарктне відділення	60	60	1 270	123	21 674	17 375	20 820	361,2	17,1	21,2	104,1	9,7
2.	Кардіологія №1	60	60	1 872	10	20 868	21 001	20 820	347,8	11,1	31,2	100,2	0,5
3.	Відділення інтервенційної радіології	20	20	880	-	4 839	5 485	6 940	242,0	5,5	44,0	69,7	-
4.	Кардіологія №3	40	40	1 768	3	15 646	16 346	13 880	391,2	8,8	44,2	112,7	0,2
5.	Кардіохірургічне відділення	30	30	667	5	5 929	9 114	10 200	197,6	8,9	22,2	58,1	0,7
6.	ВАІТ					1 289							
	ВСЬОГО	210	210	6 457	141	70 245	69 321	72 660	334,5	10,9	30,7	96,7	2,2

Продовження таблиці 2.2

1	Назва закладу / відділення	Число ліжок		Вибуло хворих	Померло хворих	Проведено хворими ліжкоднів	Число л/днів згортання на ремонт	План виконання л/днів	Показники				
		На кінець звітного періоду	Середнє за звітний період						Середнє число днів роботи ліжка	Середній л/день перебуван. хворого	Обіг ліжка	% виконання плану л/днів	Летальність, %
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
2019 рік													
1.	Інфарктне відділення	60	60	1 411	108	20 245	17 829	20 820	337,7	14,3	23,5	97,2	7,7
2.	Кардіологія №1	60	60	1 847	6	20 110	19 872	20 820	335,2	10,9	30,8	96,6	0,3
3.	Відділення інтервенційної радіології	20	20	692	3	4 055	4 800	6 940	202,8	5,9	34,6	58,4	0,4
4.	Кардіологія №3	40	40	1 721	1	15 303	15 596	13 880	382,6	8,9	43,0	110,3	0,1
5.	Кардіохірургічне відділення	30	30	626	4	5 807	8 785	10 200	193,6	9,3	20,9	56,9	0,6
6.	ВАІТ					1 509							
	ВСЬОГО	210	210	6 297	122	67 029	66 882	72 660	319,2	10,6	30,0	92,3	1,9

Результати аналізу основних показників використання ліжкового фонду по відділеннях КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» в 2017-2019 роках представлені в таблиці 2.2.

Середнє за звітний період число ліжок по відділенням, так само як і структура розподілу по відділеннях не змінювались. Середнє число днів роботи ліжка у 2017 році дорівнювало 336,7, у 2018 році – 334,5, у 2019 році – 319,2. В середньому ліжкодень перебування хворого становило у 2018 році 10,9, що на 0,2 дня менше ніж у 2017 році, у 2019 році цей показник ще зменшився до 10,6 дня. За весь період обіг ліжка по основних відділеннях стаціонару зріс з 30,4 у 2017 році до 30,7 у 2018 році, але зменшився у 2019 році до 30,0, що вказує на не довикористані резерви. Підвищення інтенсивності використання ліжкового фонду можливо за рахунок госпіталізації планових хворих, активної виявлення захворювань серцево-судинної системи на догоспітальному етапі.

На рисунку 2.6 показано динаміку виконання плану ліжкоднів по відділеннях стаціонару у 2017-2019 роках.

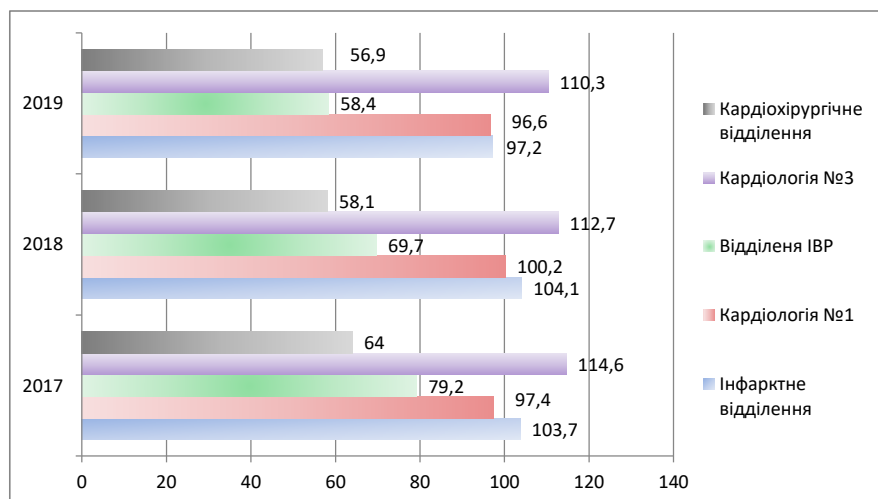


Рисунок 2.6 – Динаміка виконання плану ліжкоднів по відділеннях стаціонару

Кількість пролікованих хворих протягом останніх трьох років коливалась наступним чином: у 2017 році дорівнювала 6 394 чол., у 2018 році – 6 457 чол., у 2019 році – 6 297 чол. Загальна кількість пролікованих за весь аналізований період складає 18 848 чол. На рисунку 2.7 показано динаміку показника летальності по відділеннях стаціонару за період 2017-2019 років.

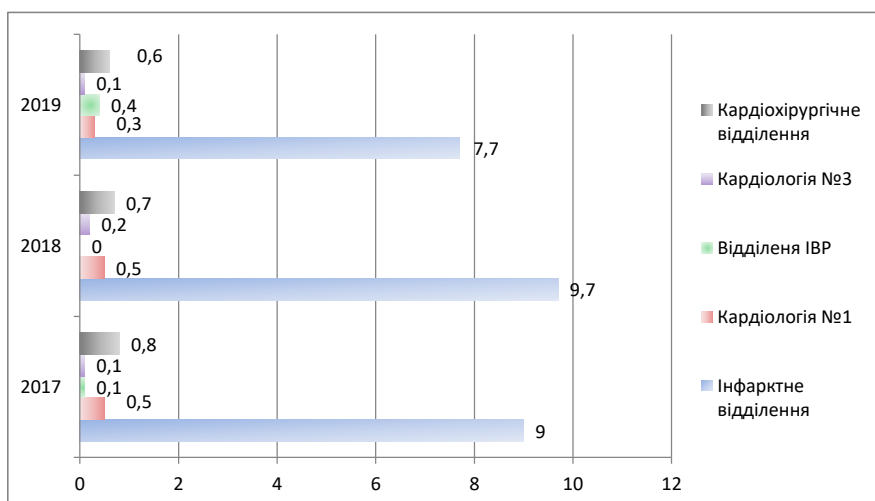


Рисунок 2.7 – Динаміка показника летальності по відділеннях стаціонару
КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

Якщо аналізувати летальність по роках, то найбільше її значення відмічається у 2018 році (2,2 %), найменше значення припадає на 2019 рік, що пов'язано також і загальним скороченням кількості хворих. По відділеннях найбільш висока летальність відмічається у інфарктному відділенні (до 9,7 % у 2018 році), в інших відділеннях летальність складає не більше одного відсотка.

Зниження летальності хворих на серцево-судинної системи можливо за рахунок вчасної госпіталізації хворих та надання термінової професійної медичної допомоги, проведення профілактичних заходів та активного виявлення захворювань на догоспітальному етапі, в тому числі, при консультативних виїздах у заклади охорони здоров'я районів та міст області лікарів-консультантів.

2.2.2 Аналіз собівартості і витрат на надання медичної допомоги та медичних послуг

Собівартість медичної послуги – витрати медичних закладів на створення умов для вироблення та надання медичної послуги: забезпечення приміщенням, персоналом, виробами медичного призначення, медичним обладнанням, водою, теплом, електроенергією. Оцінюючи ефективність управління лікувальним закладом, варто виконати аналіз собівартості медичної допомоги та медичних послуг, проаналізувати динаміку зміни собівартості.

На основі даних форми №2 «Звіт про фінансові результати» КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» за 2017-2019 роки проведений структурно-динамічний аналіз витрат медичної організації за економічними елементами (див. табл.2.3).

Таблиця 2.3 – Аналіз елементів операційних витрат КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

№ п/п	Елементи витрат	Роки						Абс. відх. 2019 р. від 2017 року	
		2017		2018		2019		тис.грн	%
		тис.грн	%	тис.грн	%	тис.грн	%		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Матеріальні витрати	24 468	41,65	24 813	40,62	28 129	40,20	3 661	-1,45
2.	Витрати на оплату праці	24 929	42,43	22 246	36,33	31 220	44,62	6 291	2,19
3.	Відрахування на соціальні заходи	5 517	9,40	4 767	7,83	6 797	9,71	1 280	0,31
4.	Амортизація	3 818	6,50	9 106	14,91	3 773	5,40	-45	-1,1
5.	Інші операційні витрати	14,5	0,02	183	0,31	48	0,07	33,5	0,05
6.	Всього	58 746,5	100	61 115	100	69 967	100	11 220,5	0,0

Дослідження витрат, що наведені у таблиці 2.3, свідчить про те, що найбільша питома вага у структурі витрат медичної організації припадає на витрати на оплату праці та на матеріальні витрати. Слід зазначити, що їх частка щороку змінювалась. Частка матеріальних витрат в собівартості продукції по роках характеризується такими даними: у 2017 році – 41,65 %, у 2018 році – 40,62 %

та 40,20 % – у 2019 році. Питома вага витрат на оплату праці в загальній сумі витрат у 2017-2018 роках зменшилася з 42,43 % до 36,33 %, однак у 2019 році зросла до 44,62 %, що пов'язано із значним підвищенням розмірів фонду оплати праці медичного персоналу (на 6 291 тис.грн). Відповідно зросли і витрати на відрахування на соціальні заходи – на 1 280 тис.грн.

Наступними за величиною є витрати на амортизацію. Їх доля у загальній структурі витрат у 2019 році дещо зменшилася на 1,1 % з 6,5 % у 2017 році до 5,4 % у 2019 році (або на 45 тис.грн).

Інші операційні витрати займають зовсім незначну частку в у структурі витрат організації, однак зросли: у 2017 році вони їх доля складала 0,02 %, а у 2019 році – 0,07 % , що на 33,5 тис.грн більше ніж у 2017 році.

На рисунку 2.8 показано динаміку зміни собівартості продукції медичної організації за економічними елементами протягом останніх трьох років.

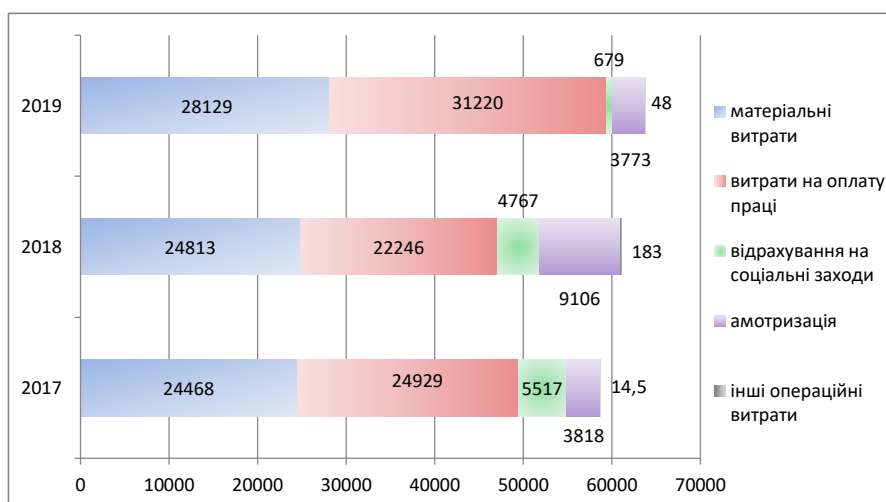


Рисунок 2.8 – Динаміка зміни собівартості продукції медичної організації за економічними елементами

Найбільша величина операційних витрат припадає на 2019 рік (69 967 тис.грн), а найменша на 2017 рік (58 746,5 тис.грн).

6 квітня 2017 р. Верховною Радою України ухвалено Закон України №2002-VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», який набув чинності з 1 січня 2018 року. Ним, у тому числі, передбачено внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я. У новій редакції, зокрема, чітко визначено таке поняття, як «послуга з медичного обслуговування населення» (медична послуга). Це послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою — підприємцем, яка зареєстрована та одержала у встановленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та оплачується її замовником.

Наприкінці 2017 року Уряд також затвердив нову Методику розрахунку вартості платних медичних послуг (Постанова Кабінету міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування») [9]. Ця Методика визначає методологію та порядок обліку фактичних витрат, які здійснюють заклади охорони здоров'я у зв'язку з наданням послуг з медичного обслуговування (далі — медичні послуги) і які враховуються під час встановлення єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Розподіл витрат здійснюється на основі загального бюджету закладу охорони здоров'я. Загальний бюджет охоплює усі витрати закладу із загального та спеціального фондів. Вартість послуги з медичного обслуговування розраховується з урахуванням структури витрат, необхідних для вироблення та надання такої послуги відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. На основі проведених референтними закладами охорони здоров'я розрахунків визначається середня референтна вартість у розрізі одиниць послуг за всіма закладами, яка є базою для встановлення тарифів.

2.2.3 Аналіз фінансово-майнового стану підприємства охорони здоров'я

Основою зовнішнього фінансового аналізу виступає здебільшого офіційна фінансова звітність організації у вигляді бухгалтерського балансу. Зовнішній аналіз включає аналіз абсолютних і відносних показників прибутку, рентабельності, ліквідності балансу, платоспроможності організації, ефективності використання позикового капіталу, загальний аналіз фінансового стану організації. На противагу йому внутрішній фінансовий аналіз необхідний і проводиться в інтересах самої організації. Головним напрямом внутрішнього фінансового аналізу є аналіз ефективності авансування капіталу, взаємозв'язки витрат, обороту й прибутку, використання позикового капіталу, власних коштів. Вивчаються всі аспекти господарської діяльності організації, але певні сфери такого аналізу можуть бути комерційною таємницею організації.

Комплексні показники фінансової діяльності, що характеризують фінансовий стан медичної організації, визначаються на основі більш простих унітарних показників, які самі по собі також дозволяють судити про успішність фінансової діяльності. До таких фінансових показників можна віднести: прибуток організації, собівартість; сумарний дохід організації; основні кошти; обігові кошти організації; активи організації; пасиви організації; власний капітал організації; дебіторська заборгованість; кредиторська заборгованість.

Попередня оцінка фінансового стану бюджетної установи здійснюється за допомогою порівняльного аналітичного балансу, а також на основі аналізу доходів і витрат за різними джерелами. Метою даного аналізу є дослідження структури та динаміки фінансового стану підприємства на основі виявлення зміни балансових показників за звітні періоди, через зіставлення даних і визначення динаміки зростання або зниження показників балансу.

Такий баланс можна сформулювати з вихідного балансу шляхом ущільнення окремих статей і його показниками структури (див. табл.2.4).

Таблиця 2.4 - Порівняльний аналітичний баланс організації

Статті балансу	Абсолютні величини, тис.грн			Питома вага, %			Абсолютне відхилення, (+/-)		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2018- 2017	2019- 2018	2019- 2017
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
АКТИВ									
I. Необоротні активи	39 088,5	55 689	57 588	91,90	72,20	66,92	16600,5	1 899	18499,5
II. Оборотні активи, в т.ч.:	3 427,9	21 436	28 462	8,06	27,75	33,08	18008,1	7 026	25034,1
Запаси:									
Виробничі запаси	-	19 167	25 485	-	24,85	29,62	19 167	6 318	25 485
Товари	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Готова продукція	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Дебіторська заборгованість :	-	77	-	-	0,1	-	77	-77	0,0
Дебіторська заборгованість за розрахунками	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Інша поточна дебіторська заборгованість	-	77	-	-	0,1	-	77	-77	0,0
Поточні фінансові інвестиції	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Грошові кошти та їх еквіваленти	3 427,9	2 168	2 956	8,06	2,80	3,45	-1 259,9	788	-471,9
Витрати майбутніх періодів	17,5	24	21	0,04	0,05	0,01	6,5	-3	3,5
III. Необоротні активи, утримувані для продажу, та групи вибуття	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Баланс	42 534,0	77 125	86 050	100	100	100	34 591	8 925	43 516
ПАСИВ									
I. Власний капітал	41 749,9	47 189	80 212	98,16	61,19	93,22	5439,1	33023	38462,1
II. Довгострокові зобов'язання і забезпечення	-	29 859	5 838	-	38,72	6,78	29859	-24021	5838
III. Поточні зобов'язання і забезпечення, в т.ч.:	784,1	77	-	1,84	0,09	-	-707,1	-77	-784,1
Короткострокові кредити банків	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Поточна кредиторська заборгованість за товари, роботи, послуги	784,1	77	-	1,84	0,09	-	-707,1	-77	-784,1
Поточна кредиторська заборгованість	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Інші поточні зобов'язання	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V. Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами, утримуваними для продажу, та групи вибуття	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IV. Чиста вартість активів недержавного пенсійного фонду	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Баланс	42 534,0	77 125	86 050	100	100	100	34 591	8 925	43 516

В результаті аналізу, можна відзначити, що абсолютна сума активів за 2018 зросла на 34 591 тис.грн, в тому числі, від збільшення необоротних активів – на 16

600,5 тис.грн, оборотних активів – на 18 008,1 тис. грн. У 2019 році по відношенню до 2018 року збільшення активів становило 8 925 тис.грн, з них – зростання необоротних активів на 1 899 тис.грн, оборотних – на 7 026 тис.грн.

По структурі активи на 91,90 % у 2017 році складаються з необоротних активів, у 2018 році їх частка становила 72,20 %, у 2019 році – 66,92 %. Одночасно відбулося збільшення частки оборотних активів в загальній сумі капіталу лікувального закладу. Таким чином, дані проведеного аналізу вказують на поліпшення структури активів організації протягом трьох років.

Пасиви організації у 2017 та 2019 роках більше ніж на 90 % склалися з власного капіталу. За весь період сума власного капіталу збільшена на 38 462,1 тис.грн. У 2018 році КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» отримано довгострокових запозичень в сумі 29 859 тис.грн, що склало 38,72 % від суми пасивів. Слід відмітити, що частка грошових коштів на рахунках підприємства медичної галузі зменшилася з 8,06 % у 2017 році до 2,80 % у 2018 році, в 2019 році – збільшення до 3,45 %. В абсолютному вимірі зменшення дорівнювало 471,9 тис.грн за весь період.

Поточна кредиторська заборгованість відмічена у 2017 році в сумі 784,1 тис.грн, у 2018 році - 77 тис.грн.

Як видно з таблиці 2.4, протягом періоду з 2017 року по 2019 рік фінансовий стан підприємства залишався стабільним, супроводжуючись значним ростом активів (на 47,3 %) та власного капіталу (на 92,1 %). При цьому вартість капіталу (майна) підприємства збільшилася більше ніж у два рази (на 102,3 %).

Аналіз фінансового стану медичної організації повинен, насамперед, засвідчити факт стабільної забезпеченості її діяльності фінансовими ресурсами, що дає можливість гуртувати персонал, здійснювати необхідні закупівлі, платити по рахунках, виплачувати податки, повертати борги. Найпростіша умова й одночасна вимога фінансової стабільності, платоспроможності полягає в необхідності прибуткової роботи організації, тобто одержанні доходів від усіх видів діяльності, що перевищують видатки на проведення діяльності. Наявність некомерційних, так званих безприбуткових медичних організацій, до яких відноситься і КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», зовсім не свідчить про те, що їх

прибутковість не слід аналізувати. По-перше, будь-яка медична організація, що надає лікувально-профілактичні послуги, повинна бути беззбитковою. По-друге, безприбутковими називають організації, що цілком використовують дохід на потреби підтримки й розвитку своєї діяльності.

Проаналізуємо фінансові результати медичної організації за даними «Звіту про фінансові результати» за 2017-2019 роки, які зведених у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 - Аналіз фінансових результатів діяльності організації

№ п/п	Показники	Од. вим.	Роки			Темп зростання, %	
			2017	2018	2019	2018/2017	2019/2018
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), в тому числі:	тис. грн	57 083,42	70 580,16	74 085,00	123,64	105,00
1.1	- бюджетні асигнування		54 881,86	61 884,30	68 106,30	112,75	110,05
1.2	- доходи від надання послуг (виконання робіт)		1 429,46	5 797,25	3 985,80	405,55	68,75
1.3	- інші доходи		772,10	2 898,63	1 992,90	375,4	68,80
2.	Собівартість реалізованої продукції, тис. грн, в тому числі:	тис. грн	58 745,10	61 115,17	64 150,00	104,03	104,97
2.1	- витрати на виконання бюджетних програм		57 218,07	59 526,52	62 482,47	104,10	105,00
2.2	- витрати на вироблення медичної продукції (надання послуг, виконання робіт)		1 512,53	1 573,56	1 651,69	104,00	105,02
2.3	- інші витрати		14,50	15,09	15,84	104,04	104,96
3.	Валовий прибуток (збиток)	тис. грн	-1 661,66	9 464,99	9 935,00	669,6	105,00
4.	Чистий прибуток (збиток)	тис. грн	-1 661,66	3 567,00	4 125,00	673,94	115,60
5.	Власний капітал	тис. грн	31 052	77 698	90 669	250,21	116,69
6.	Середньорічна вартість основних фондів	тис. грн	74 602	77 698	93 195,5	104,15	119,94
7.	Рентабельність доходу	%	-2,91	5,05	5,57	273,54	110,29
8.	Рентабельність витрат	%	-2,83	5,32	5,87	287,98	110,33
9.	Рентабельність власного капіталу	%	-5,35	4,59	4,55	185,79	99,12
10.	Рентабельність основних фондів	%	-2,24	4,60	4,43	305,35	96,30

Як показують дані таблиці 2.5, у 2017 році підприємство мало від'ємний фінансовий результат (1 661,66 тис.грн), але протягом наступних років чистий

прибуток підприємства щороку зростає – у 2018 році до 3 567 тис.грн, у 2019 році – 4 125 тис.грн. Зростання відбувалося за рахунок збільшення бюджетних асигнувань (на 24 %), доходів від надання послуг (виконання робіт) (на 179 %) та інших доходів (на 158 %).

Загальне зростання чистого доходу від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) за весь період становить 129,7 %, а собівартості реалізації медичної продукції – 109,2 %. Відмітимо, що спостерігається перевищення темпів зростання чистого доходу над темпами зростання собівартості продукції.

З таблиці 2.5 видно, як змінювалась рентабельність по окремих показниках. У 2017 році всі показники рентабельності були від’ємними, що пов’язано із збитковою діяльністю. У 2018-2019 роках простежується зростання показників рентабельності доходу (відповідно 5,05 % і 5,57 %) та витрат (відповідно 5,32 % і 5,87 %). Рентабельність власного капіталу у 2018-2019 роках істотно не змінилася (зменшення з 4,59 % до 4,55 %). Рентабельність основних фондів становила відповідно 4,60 % та 4,43 %.

На рисунку 2.9 проілюстровано динаміку зміни показників рентабельності діяльності медичної організації протягом останніх років.

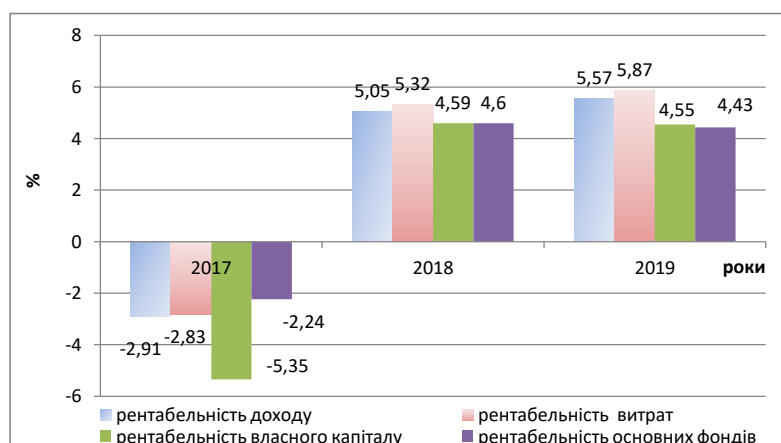


Рисунок 2.9 – Динаміка зміни показників рентабельності

Загалом підбиваючи підсумки аналізу фінансових результатів та рентабельності слід зазначити, що по кожному з розрахованих показників рентабельності спостерігається позитивна динаміка, що вказує на ефективну діяльність аналізованого лікувального закладу у 2018 та 2019 роках.

Фінансовий стан є найважливішою характеристикою економічної діяльності медичної організації. Він відображає її конкурентоспроможність, потенціал в діловому співробітництві, оцінює економічні інтереси медичної організації та її партнерів. Фінансові показники були і залишаються важливими для медичної організації, але вони повинні бути доповнені іншими показниками, що прогнозують майбутній фінансовий успіх, а саме: показники по клієнтах; показники навчання і розвитку; показники внутрішніх бізнес-процесів тощо.

Виходячи з вищезазначеного, наступним етапом дослідження КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» є проведення аналізу інформаційно-технічного забезпечення та організації контролю якості медичної допомоги в кардіоцентрі.

2.3 Аналіз організації контролю якості медичної допомоги та її інформаційно-технічного забезпечення в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

З метою забезпечення контролю якості медичної допомоги головним лікарем КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» розробляється та затверджується на рівні медичної організації безперервна система контролю якості медичної допомоги, яка затверджується наказом по закладу охорони здоров'я.

В КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» наказом головного лікаря створюється комісія з забезпечення якості медичної допомоги. Мета комісії полягає в тому, щоб розробити дієву програму систематичного підвищення якості медичної допомоги на основі поглибленого аналізу прийнятих для оцінки показників, окремих помилок та упущень, нещасних випадків, скарг пацієнтів, пропозицій лікарів і медичних сестер, літературних даних.

Щоб залучити лікарів до активної роботи у комісії, необхідно переконати їх в тому, що це орган, покликаний об'єднати зусилля всіх лікарів у підвищенні якості медичної допомоги шляхом спільного пошуку шляхів усунення дефектів при наданні медичної допомоги, а не для критики або покарання окремих осіб.

Відповідальним в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» за роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в являється заступник головного лікаря з медичної роботи. При цьому роботу молодшого медичного персоналу з вищою освітою за забезпеченню якості медичної допомоги організовую заступник головного лікаря з медсестринства (головна медична сестра).

На рівні структурного підрозділу КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в цілому організовую завідувач відділенням, а безпосередньо молодшого медичного персоналу з вищою освітою – старша медична сестра. Даний розділ роботи у вказаних посадових осіб визначається їх посадовою інструкцією. В перспективні та поточні плани роботи як закладу охорони здоров'я та і його структурних підрозділів включаються розділи з забезпечення якості медичної допомоги пацієнтам.

Організація контролю якості медичної допомоги є важливою складовою комплексного процесу забезпечення якості медичної допомоги пацієнтам на всіх етапах та рівнях її надання. В додатку В представлений Порядок контролю та оцінки якості лікувально-діагностичного процесу в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ». Показники якості надання медичної допомоги розглянуто в таблицях 2.1 та 2.2.

Адаптація стандартної системи менеджменту якості ISO вимагає визначення та ідентифікації процесів, їх виконавців і критеріїв оцінки результативності процесів. З даних таблиці Г.1, що містить опис груп і видів процесів в організаціях із надання медичної допомоги, видно, що всі процеси стаціонару взаємопов'язані (мають місце прямі та зворотні зв'язки); при цьому інформація одного процесу дає основу для осмислення іншого.

Проведення періодичного внутрішнього аудиту в стаціонарі, відповідно графіка (див. додаток В), дозволяє зібрати об'єктивні дані щодо невідповідностей роботи закладу згідно вимог ДСТУ ISO 9001, які зустрічаються найчастіше. В

таблиці 2.6 представлені невідповідності, виявлені під час аудиту, проведеного в досліджуваному стаціонарі згідно стандартів якості ISO.

Таблиця 2.6 – Основні види невідповідностей, виявлені в хірургічному стаціонарі згідно вимог ДСТУ ISO 9001

Стандарт ДСТУ ISO 9001:2015		Вид невідповідностей	Кількість невідповідностей
розділ	пункт		
Система управління якістю	4.2.3	Неврахована документація зберігається разом із врахованою ¹⁾	7
		Не актуалізовані посадові інструкції	7
		Відсутнє ознайомлення з нормативними документами та документацією системи якості	3
	4.2.4	В журналах реєстрації не заповнюються всі графи, або не ведуться зовсім	5
Відповідальність керівництва	5.5	Відповідальність та повноваження визначені в посадових інструкціях не співпадають з організаційною структурою закладу	4
		За напрямками не призначені особи, відповідальні за забезпечення, розробку та підтримку процесів СМЯ	3
Виконання робіт/надання послуг	7.2	Не проводиться робота за реєстраціями	3
	7.4	Відсутні результати повторного оцінювання постачальників	4
Вимірювання, аналізування та поліпшення	8.2	Не проводиться аналіз після проведення коригуючих дій	4
	8.2.1	Не вимірюється задоволеність замовників	10
Управління ресурсами	6.2	Не проводиться навчання співробітників	4
	6.3	Не всі робочі місця забезпечені необхідним обладнанням	2
ВСЬОГО:			56

Примітка. ¹⁾ - Під неврахованою документацією в таблиці маються на увазі документи, які не враховані в системі управління кардіоцентру та повинні бути зареєстровані та систематизовані.

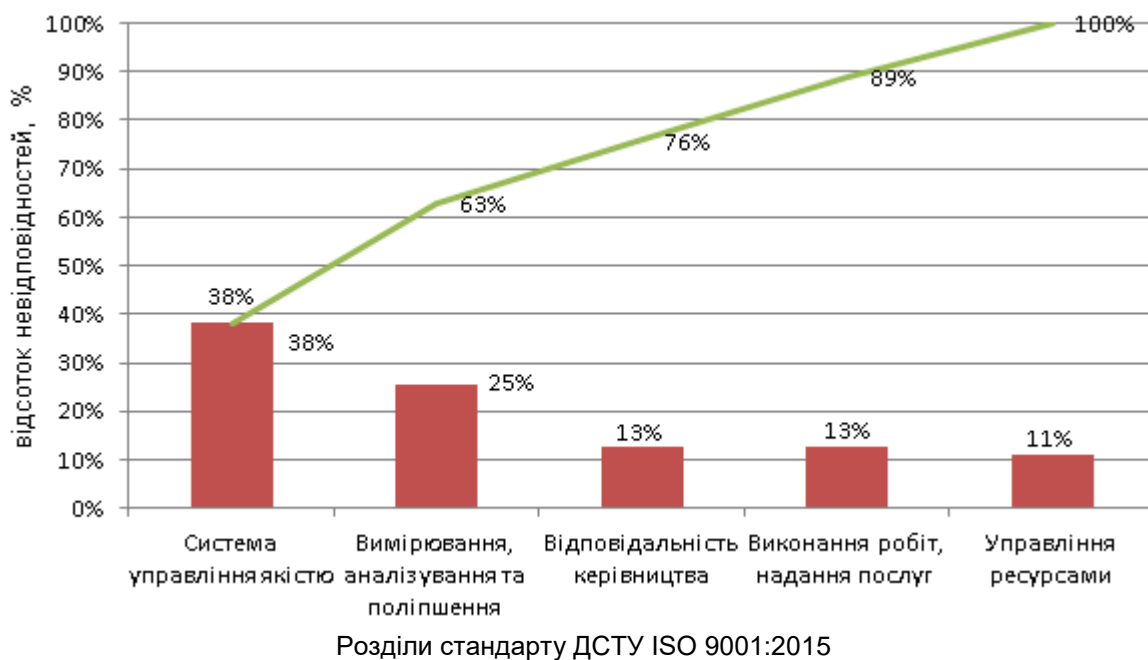


Рисунок 2.10 – Діаграма Парето для невідповідностей, що зустрічалися в стаціонарі КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» під час внутрішнього аудиту

Зображення даних таблиці 2.6 на діаграмі Парето (рис. 2.10) показало, що найбільш проблемними зонами є такі розділи стандарту, як: система управління якістю; а також вимірювання, аналізування та поліпшення, що дало підставу для прийняття рішень щодо вдосконалення діяльності медичної організації – усунення невідповідності, виявлених під час внутрішнього аудиту. За рахунок документування, контролю, аналізу та періодичного перегляду ключових виробничих та управлінських процесів забезпечується прозорість, краща керованість та безперервне удосконалення діяльності медичного закладу.

Передовий досвід інших медичних організацій вказує на те, що провадження сучасної, адаптованої до специфіки закладу охорони здоров'я системи менеджменту якості на основі міжнародних стандартів таких, наприклад, як стандарти ISO, є дієвим способом інтенсифікації утилізації основних ресурсів стаціонарів та підвищення якості медичних послуг.

Вибірковий аналіз якості управлінських рішень з забезпечення і поліпшення якості медичної допомоги (по окремих відділеннях стаціонару) показав

недосконалість функцій управління якістю медичної допомоги, організаційної структури, засобів управління, а також інформаційного забезпечення керівників за проміжними та кінцевими результатами діяльності, що пов'язано з недосконалим, як виявлено на попередніх етапах дослідження, регулюванням якості з боку вищих органів управління в сфері якості:

1) за цільовим змістом управлінські рішення носили обмежений характер і охоплювали питання внутрішньої стандартизації з впровадження галузевих протоколів / стандартів медичної допомоги, окремі питання організації діяльності та врегулювання певних видів діяльності у відповідь на звернення громадян;

2) не знайшли свого вирішення питання поліпшення методичного і ресурсного забезпечення лікувально-діагностичного процесу за конкретними нозологічними формами, проблеми у професійно-освітньому рівні та мотивації персоналу, організації моніторингу та індикативного контролю якості, вдосконалення організаційної структури системи управління з метою її спрямування на досягнення якості медичної допомоги, інформаційного забезпечення керівника з питань якості медичної допомоги, зворотного зв'язку з пацієнтами / їх представниками;

3) встановлено, що управлінські рішення були занадто обмеженими чисельно в частині регулювання ними розробки локальних нормативів у порівнянні з чисельністю відповідних галузевих документів. Разом з тим, видані накази з внутрішньої стандартизації носили переважно характер дублювання наказів галузевого рівня без урахування особливостей діяльності підпорядкованого закладу охорони здоров'я. Такий спрощений підхід можна пояснити недостатнім обсягом цільової інформації з власних джерел про фактичні характеристики якості медичної допомоги, процесу її надання та процесів ресурсного забезпечення, відсутністю механізмів ідентифікації джерел надходження, збору, обробки, аналізу і оцінки такої інформації та залучення відповідальних співробітників для забезпечення дієвості даних механізмів.

Вищезазначене вказує на слабку методичну базу управління якістю медичної допомоги, як за рахунок обмеженого методичного забезпечення,

створеного на галузевому рівні, так і низького рівня знань медичних працівників, що не дозволяло їм використовувати вже напрацьовані методичні документи. Дана проблема поглиблювалась відсутністю розробки власних інструктивно-розпорядчих документів в закладі охорони здоров'я.

4) важливим чинником низької якості управлінських рішень слід вважати недостатній професійно-освітній рівень з питань управління якістю медичної допомоги керівників закладів охорони здоров'я, їх заступників і осіб, зарахованих до резерву на керівні посади.

В ході виконання роботи проаналізовано основні показники, що характеризують проходження атестації керівниками КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» та їх заступників зі спеціальності «Управління охороною здоров'я» (див. табл. 2.1). Окремо розглянемо аналіз професійного рівня керівників закладу охорони здоров'я з питань управління якістю медичної допомоги.

Завдання, визначені реформою в галузі охорони здоров'я та доведені за короткий термін в значній кількості регуляторних документів, виявились новими для працівників галузі, в тому числі, і для керівництва КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ». Слід взяти до уваги часті зміни документів, виявлені неузгодженості між ними, дублювання, відсутність адекватного методичного інструментарію для їх реалізації. Окрім того, лише декілька нормативно-правових документів присвячені посиленню контролю рівня знань лікарів на передатестаційних циклах післядипломного навчання.

Незважаючи на покладання діючими наказами МОЗ України функцій управління якістю на медичну раду закладу охорони здоров'я, згідно з статутними положеннями, відповідальність за діяльність закладу охорони здоров'я у всіх його напрямках несе керівник.

Опитування показало, що напрямки, за якими б керівники структурних підрозділів кардіологічного центру бажали підвищити свою кваліфікацію з питань управління якістю, стосувались переважно оцінки і контролю якості. Значна кількість керівників вважала за потрібне підвищити свій фах з питань правового забезпечення якості.

Перевагу автоматизованому способу обробки інформації для підтримки управлінських рішень з питань якості віддали більшість учасників опитування. Однак респонденти вважали необхідним використання загальновідомих комп'ютерних програм (EXCELL, STATISTICA, SPSS) або уніфікованих спеціальних програмних продуктів («Кадри», «Медстат», «1С Бухгалтерія», «Стаціонар», «Поліклініка»). Лише незначна кількість опитаних, паралельно з вищезазначеними відповідями, обрала варіант застосування унікальних програмних продуктів, розроблених спеціально для конкретного закладу охорони здоров'я з метою моніторингу якості за індикаторами ЛДП.

Проведене дослідження стану технічного забезпечення обігу інформації у КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» засвідчив, що воно складається з персональних комп'ютерів, які встановлені у приймальному відділенні, ординаторських кардіологічних відділень, відділенні функціональної діагностики, рентген хірургічного блоку та у відділенні клінічної лабораторії. Відділ організаційно-методичної роботи з медичним архівом та клінічний відділ не підключені до локальної мережі кардіологічного центру, яка складається лише з зазначеного вище сегменту. Інформаційно-аналітичний кабінет медичної статистики обладнаний персональними комп'ютерами (чотири од.).

У переважній більшості відділень використовується системне програмне забезпечення «WINDOWS XP», окрім приймального відділення, де встановлене морально застаріле («LINUX»). У інформаційно-аналітичному кабінеті медичної статистики прикладне програмне забезпечення встановлено у вигляді програмних засобів для підготовки державної статистичної звітності (програма «МЕДСТАТ»). Кожен досліджуваний підрозділ має вихід у мережу Інтернет та електронну пошту, але лише на окремо відведених робочих місцях (у керівників, їх заступників, у інформаційно-аналітичному відділі). Таким чином, внаслідок розірваної або відсутньої локальної мережі електронний зв'язок між відділеннями з метою надання, обміну і використання інформації та відповідної економії часових ресурсів і уникнення надмірного навантаження персоналу, не підтримувався.

Існуюча система інформаційного забезпечення унеможлилювала також автоматизацію діяльності з забезпечення поточного моніторингу лікувально-діагностичного процесу на кожному робочому місці та застосування його результатів для підвищення якості медичної допомоги. Використовувані інформаційні технології дозволяли лише накопичувати узагальнену підсумкову ретроспективну інформацію по пролікованим хворим і представляти її на стандартних бланках у вигляді фіксованих форм 039/о, 074/о, 075/о, 032/о та інших з метою складання періодичних статистичних звітів медичного закладу.

Отже, проведений аналіз засвідчив, що керівництву КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» недостатньо використовувалась зовнішня інформація – директивна та наукова, – про що свідчила недосконалість цілепокладання в сфері якості медичної допомоги. Структура інформаційних повідомлень з власних джерел залишалась традиційною, побудованою на основі офіційної медичної статистичної інформації за обліково-звітними формами та обмеженими даними експертних оцінок лікувально-діагностичного процесу, а не на даних його моніторингу та інших видів діяльності (розробка внутрішніх стандартів, навчання медичного персоналу, моніторинг і аналіз якості) за встановленими організаційними і клінічними індикаторами якості.

Проведення оцінки існуючої системи управління якістю відбувалося з використанням методу експертних оцінок як сучасного засобу інтелектуального вирішення прикладних завдань у багатьох предметних областях, зокрема, в медицині. Експертна група включала оптимальну чисельність експертів для оцінки результатів медико-соціальних досліджень – 10 осіб. Були задіяні представники різних структурних підрозділів (відділень стаціонару кардіоцентру, відділу організаційно-методичної роботи з медичним архівом, клінічного відділу), які займають посади керівника підрозділу або його заступника за умови наявності вищої атестаційної категорії за фахом «Управління охороною здоров'я». Такий підхід дозволив забезпечити проведення експертної оцінки високопрофесійними фахівцями-експертами, спеціалістами з великим практичним досвідом у даній галузі, обізнаними з досліджуваною проблемою.

Експертна оцінка проводилась безпосередньо на робочих місцях експертів шляхом заповнення розробленої анкети з п'ятибальною оціночною шкалою елементів системи управління якістю медичної допомоги (див. додаток Д). Виключення безпосереднього спілкування між експертами дозволило уникнути групового прийняття рішення з домінуванням думки лідера, що дозволило забезпечити анонімність експертної оцінки. На заключному етапі після завершення опитування проведено обробку результатів експертних оцінок по кожному складовому елементу системи та статистичний аналіз отриманої від експертів інформації. Результати підрахунків середньоарифметичних величин бальних оцінок, середньоквадратичного відхилення та коефіцієнту варіації для кожного елемента зведені в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Результати експертної оцінки системи управління якістю медичної допомоги кардіологічного центру за п'ятибальною оціночною шкалою

№	Складові елементи системи	Експертна оцінка в балах										Середня оцінка в балах (M)	Середньоквадратичне відхилення (σ)	Стандартна похибка (m)	Коефіцієнт варіації (Cv), %
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1.	Орієнтованість системи на задоволення інтересів усіх зацікавлених сторін	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4,7	0,46	0,15	11,23
2.	Досягнення якості медичної допомоги за усіма її характеристиками	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4,1	0,30	0,10	7,71
3.	Організаційна структура матричного типу з широким залученням персоналу	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3,9	0,30	0,10	8,11
4.	Використання процесного підходу	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	3,5	0,50	0,17	15,06
5.	Раціональне використання ресурсів	5	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4,5	0,50	0,17	11,71
6.	Прийняття управлінських рішень на основі достовірної інформації з різних джерел, отриманої шляхом моніторингу, внутрішніх аудитів системи, процесів, результатів, самооцінки системи	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3,6	0,49	0,16	14,34
7.	Впровадження новітніх технологій та постійне удосконалення процесів	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3,9	0,30	0,10	8,11

Діапазон відхилень за середньоквадратичними значеннями коливався від 0,3 до 0,5, що вказувало на типовість середніх арифметичних оцінки для визначених рядів. Низькі значення коефіцієнту варіації (7,71-15,6%) за більшістю оцінюваними параметрами, і відсутність варіабельності оцінок вище 20,0% засвідчили високий рівень узгодженості думок експертів по заданим для оцінки параметрам. За результатами самооцінки окремих характеристик системи управління якістю побудовано діаграму, що на рисунку 2.11.

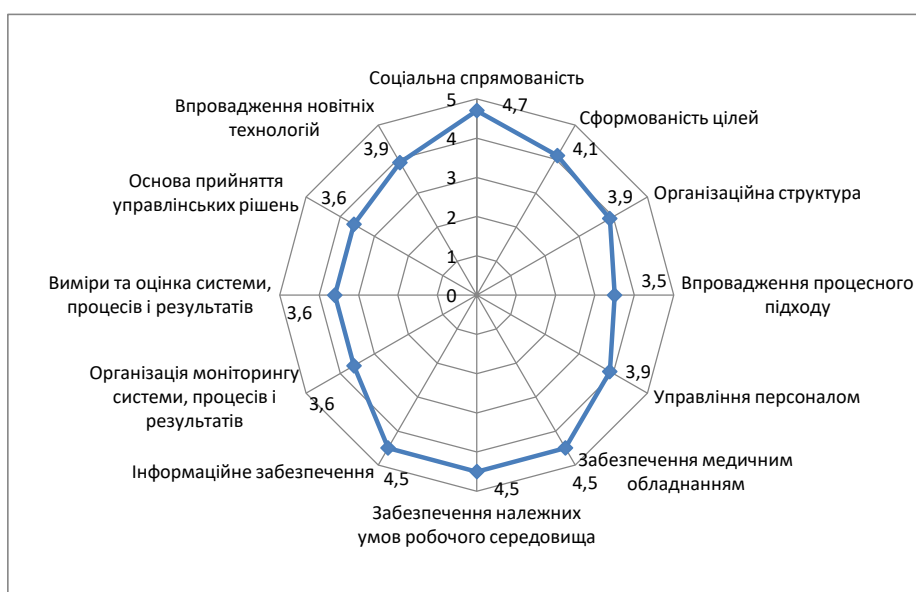


Рисунок 2.11 - Результати самооцінки системи управління якістю медичної допомоги в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» за її елементами

Отримані результати засвідчили загалом середній рівень оцінок, наданих експертами: коливання, в залежності від характеристики системи, охоплювали оцінки від 3,5 – за елементом «Використання процесного підходу» – до 4,7 – за елементом «Орієнтованість системи на задоволення інтересів усіх зацікавлених сторін». Експертна самооцінка системи управління якістю дозволила виявити напрямки вдосконалення управління якістю медичних послуг в організації.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз діяльності КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» за основними економічними показниками надання медичної допомоги і медичних послуг та показниками медико-технологічного забезпечення роботи лікувального закладу у 2017-2019 роках дозволив зробити наступні висновки:

1. Протягом останніх років відмічалось недовиконання річного бюджету, однак абсолютні значення річного бюджету медичної організації значно зросли (на 13 254,4 тис.грн, або на 24,16 %), і у 2019 році цей показник дорівнював 68 106,3 тис.грн. Найбільша сума залучених позабюджетних коштів у розрахунку на одного штатного працівника припадає на 2018 рік (16,29 тис. грн).

2. Кількість штатних працівників за аналізований період зросла з 474 чол. у 2017 році до 568 чол. у 2019 році (або на 94 чол.), що становить 19,8 % приросту медперсоналу кардіоцентру. Однак низька укомплектованість стаціонару хірургами і терапевтами (найвище значення у 2019 році – 92 %) при високому коефіцієнті сумісництва негативно позначається на якості наданої медичної допомоги населенню. Укомплектованість штатних посад молодшого медичного персоналу із медичною освітою також є нижчою за потреби (93,97 % у 2019 році).

3. Показник середньорічної зайнятості ліжка на рік по стаціонару знизився з 97,3 % до 92,25 %, але інфарктні та кардіологічні ліжка постійно працювали з перевантаженням (відповідно 103,7 % та 114,6 %). В КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» середня тривалість перебування хворого на ліжку в цілому по стаціонару скоротилась за останні три роки з 11,1 днів до 10,3 дні, що також може негативно позначитися на якості медичної допомоги.

4. Лікарняна летальність протягом усього періоду зросла з 2,0 % до 2,18 %. Найменше значення припадає на 2019 рік, що пов'язано також і загальним скороченням кількості хворих. По відділеннях найбільш висока летальність відмічається у інфарктному відділенні – до 9,7 % (у 2018 році), в інших відділеннях летальність складає не більше одного відсотка. Слід відмітити збільшення випадків післяопераційної летальності за останній рік (на 0,26 %), а в

цілому значення показника підвищилося на 0,22 % – з 0,81 % до 1,03 %. Питома вага розходжень заключних клінічних та патологоанатомічних діагнозів також мала значні коливання (найбільше значення – у 2018 році (12,06 %).

Подолання низької якості та недостатньої ефективності стаціонарної медичної допомоги розглядається через оптимізацію потужності та структури ліжкового фонду відповідно до потреби та з орієнтуванням на кінцеві результати діяльності галузі – показники здоров'я населення. При цьому стаціонар може виграти не тільки в результаті розширення обсягу робіт, але й їхнього згортання – за рахунок відмови від необґрунтованих госпіталізацій, зниження середньої тривалості перебування пацієнта, використання ресурсозберігаючих медичних технологій.

5. Попередня оцінка фінансового стану бюджетної установи здійснювана за допомогою порівняльного аналітичного балансу. З 2017 року по 2019 рік фінансовий стан підприємства залишався стабільним, супроводжуючись значним ростом активів (на 47,3 %) та власного капіталу (на 92,1 %). При цьому вартість капіталу (майна) підприємства збільшилася більше ніж у два рази (на 102,3 %). Поточна кредиторська заборгованість відмічена у 2017 році в сумі 784,1 тис.грн, у 2018 році – 77 тис.грн. Для проведення реорганізації кардіологічного центру у 2018 році отримано довгострокових запозичень в сумі 29 859 тис.грн.

6. Найпростіша умова й одночасна вимога фінансової стабільності, платоспроможності полягає в необхідності прибуткової роботи організації, тобто одержанні доходів від усіх видів діяльності, що перевищують видатки на проведення діяльності. Наявність некомерційних, так званих безприбуткових медичних організацій, до яких відноситься і КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», зовсім не свідчить про те, що їх прибутковість не слід аналізувати.

Проведений аналіз фінансових результатів медичної організації вказує на позитивну динаміку основних показників фінансової діяльності лікувального закладу. У 2017 році КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» мало від'ємний фінансовий результат (1 661,66 тис.грн), але протягом наступних років чистий прибуток підприємства щороку зростав – у 2018 році до 3 567 тис.грн, у 2019 році – 4 125 тис.грн.

Зростання відбувалося за рахунок збільшення бюджетних асигнувань (на 24 %), доходів від надання послуг (виконання робіт) (на 179 %) та інших доходів (на 158 %). Спостерігається перевищення темпів зростання чистого доходу (129,7 %) над темпами зростання собівартості продукції (109,2 %). У 2017 році всі показники рентабельності були від'ємними, що пов'язано із збитковою діяльністю. У наступних роках простежується зростання рентабельності доходу (відповідно 5,05 % і 5,57 %) та витрат (відповідно 5,32 % і 5,87 %). Рентабельність власного капіталу у 2018-2019 роках істотно не змінилася (зменшення з 4,59 % до 4,55 %). Рентабельність основних фондів становила відповідно 4,60 % та 4,43 %.

За результатами дослідження рівня організації контролю якості медичної допомоги та її інформаційно-технічного забезпечення зроблені наступні висновки:

7. Виявлена слабка структурованість стратегічних і відповідних тактичних і оперативних цілей в сфері якості та напрямів діяльності з їх досягнення за компонентами якості, що призвело до дефіциту спеціальних функцій управління якістю, зокрема, регулярного визначення потреб пацієнтів / їх представників у медичній допомозі, розробки внутрішніх (локальних) нормативних документів, додаткового навчання персоналу з питань якості, організації моніторингу і оцінки якості лікувально-діагностичного процесу та координації дій його учасників, забезпечення ресурсами відповідно до стандартів, управлінського аналізу і прийняття рішень з поліпшення якості.

Проведення періодичного внутрішнього аудиту в стаціонарі дозволило зібрати об'єктивні дані щодо невідповідностей роботи закладу згідно вимог ДСТУ ISO 9001:2015, які зустрічаються найчастіше. Обробка даних за допомогою методу Парето виявила, що найбільш проблемними зонами є такі розділи стандарту, як: система управління якістю; вимірювання, аналізування та поліпшення якості наданих медичних послуг.

8. Встановлено, що в запровадженій системі не відбулось адекватної зміни організаційної структури, спроможної виконувати завдання з забезпечення та поліпшення якості. Зміщення акценту у галузевих нормативно-правових документах на провідну роль медичної ради в управлінні якістю медичної

допомоги призвело до недооцінки позиції керівника закладу охорони здоров'я як лідера у організації діяльності у сфері якості. Підходи до управління якістю ґрунтувались на обмеженому переліку функцій, що покладались на впроваджені елементи, – координації і контролю якості. Не відбулось і очікуваного залучення співробітників до управління якістю. Потенціал існуючих матричних структур – численних комісій – не переорієнтовано на виконання функціональних завдань в сфері якості.

9. Виявлено дефіцит використання директивної та наукової інформації з питань якості медичної допомоги, дефіцит накопичення інформації з власних джерел про якість лікувально-діагностичного процесу та його ресурсне забезпечення, слабку програмно-технічну базу обігу інформації, що обумовило відсутність систем підтримки прийняття ефективних клінічних і управлінських рішень з поліпшення якості.

10. Отримані результати засвідчили відсутність адекватних потребам пацієнтів і нормативно-правовим вимогам елементів системи управління якістю в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», спроможних досягти визначених цілей і виконувати завдання з надання якісної медичної допомоги населенню.

11. Дослідження рівня організації контролю якості медичної допомоги та її інформаційного забезпечення було доповнено результатами експертної самооцінки існуючої системи управління якістю, що засвідчили загалом середній рівень оцінок, наданих експертами. Коливання, в залежності від характеристики системи, охоплювали оцінки від 3,5 – за елементом «Використання процесного підходу» – до 4,7 – за елементом «Орієнтованість системи на задоволення інтересів усіх зацікавлених сторін».

Результати дослідження організації контролю якості надання медичної допомоги та її інформаційно-технічного забезпечення, а також проведена самооцінка системи управління якістю дозволили виявити окремі напрямки вдосконалення управління якістю медичних послуг в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ».

3 НАПРЯМКИ ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

3.1 Рекомендації щодо розробки системи інформаційного забезпечення управління якістю медичної допомоги в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

3.1.1 Цільове призначення та основні переваги електронної медичної інформаційної системи

Розробка і запровадження системи клінічного управління якістю з застосуванням інструментів моніторингу, оцінки і прийняття управлінського рішення за результатами аналізу призводить до значного збільшення обсягів інформації для керівника закладу охорони здоров'я при обмеженості часових ресурсів. Саме тому виникає потреба в розробці системи інформаційного забезпечення управління якістю медичної допомоги на базі комп'ютерних технологій, створення автоматизованих інформаційно-технічних комплексів на всіх рівнях управління закладом охорони здоров'я, функціонуючих на основі клініко-економічного і епідеміологічного планування потреб населення в медичній допомозі, діючих економічних регуляторів, розрахунках вартості медичних послуг і механізмів управлінського обліку. Автоматизована система призначена виконувати функції технічної підтримки суб'єкту управління шляхом накопичування, зберігання і обробки великих обсягів даних, здійснення робочих процедур адміністративним персоналом, підтримки документообігу і виконання контрольних функцій.

Сьогодні інформаційні технології є одним з основних інструментів перебудови системи охорони здоров'я, надаючи засоби зв'язку і забезпечуючи повсюдний обмін даними та їх аналіз. Використання електронної медичної інформаційної системи (далі – МІС) має на меті спрощення ведення бізнес-процесів в організації, спрощення документообігу, створення клієнтоорієнтованих

ресурсів. Інтеграція інформаційних систем веде за собою підвищення ефективності та якості надання медичних послуг, нормалізації документообігу, спрощення отримання даних для подальшого аналізу. Більшість переваг електронної охорони здоров'я неможливо реалізувати на практиці без МІС, а використання інших без МІС будуть менш ефективними.

Інформаційні технології, що використовуються в процесах профілактики, лікування, діагностики та управління охороною здоров'я, є одним із основних об'єктів стандартизації в системі охорони здоров'я та вимагають уніфікації службових документів, основних термінів та понять; єдиного підходу до лікувального процесу. Саме інформаційні технології є новим джерелом можливостей, які в сукупності, за умови їх грамотного використання, здатні вивести роботу медичної організації на новий рівень, найбільш очевидні з них:

1) накопичення інформації без обмеження терміну давності, миттєвий доступ, подання інформації для персоналу в найбільш зручному вигляді;

2) підвищення якості і радикальне скорочення термінів підготовки первинних медичних і фінансових документів, підвищення достовірності даних, підготовка документів, які акумулюються в режимі он-лайн;

3) інформаційна підтримка бізнес-процесів, вимірювання якісних і кількісних характеристик процесів, аналіз інформації за будь-який період і в будь-якому розрізі, повний управлінський облік, можливість прийняття обґрунтованих управлінських рішень;

4) упорядкування та істотне підвищення використання ресурсів організації та, як наслідок, зменшення часу очікування пацієнта за рахунок можливості організації схем централізованого планування і розподілу ресурсів;

5) економія матеріальних витрат за рахунок упорядкування та прозорості обліку матеріальних потоків на всіх етапах проходження: від планування закупівлі до списання на пацієнта;

6) зменшення часу персоналу, що витрачається на непродуктивну працю (комунікації, пересування по території, підготовка паперових документів тощо);

7) скорочення часу очікування медичних даних від діагностичних та інших параклінічних служб.

Електронна система охорони здоров'я в Україні складає дворівневу архітектуру. Так центральний компонент (центральна база даних) перебуває у власності держави та адмініструється Державним підприємством (ДП «Електронне здоров'я»). У центральній базі даних зберігається інформація для реєстрів, а співпрацювати з нею можливо лише за допомогою бізнес інтерфейсу МІС – медичної інформаційної системи. МІС – це програмно-технічний комплекс, що готує і забезпечує процеси збирання, зберігання і обробку інформації в медицині й галузі охорони здоров'я.

До центрального компоненту підключають лише тестовані на відповідність вимогам МІС, але вже зараз головний лікар може вільно обирати серед низки підключених медичних інформаційних систем саме той інтерфейс, який найкраще відповідає потребам закладу. Можливість вільного вибору та зміни МІС підвищує клієнтоорієнтованість і зручність сервісу. Перелік поточних підключених медичних інформаційних систем можна знайти на portal.ehealth.gov.ua.

Звісно, усі підключені МІС безкоштовно надають сервіси необхідні для роботи закладу в електронній системі охорони здоров'я, а саме: реєстрацію закладів, лікарів, декларацій, укладення договорів між закладами та НСЗУ, формування відповідних звітів. Однак керівництво КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» також може обрати на свій розсуд додатковий функціонал МІС, який потрібен для автоматизації та оптимізації роботи закладу.

Обираючи МІС, варто зважати не лише на потреби, а й можливості закладу. Потрібно проаналізувати оснащення та вимоги для кожної з МІС, рівень технічних навичок персоналу та інші деталі. Слід зазначити, що пошук фінансування на закупівлю додаткового функціоналу МІС відбувається індивідуально кожним керівником закладу на місцевому рівні з різних джерел, не заборонених законодавством.

3.1.2 Загальні положення щодо побудови інформаційної системи управління якістю медичної допомоги в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

Впровадження спеціалізованих інформаційно-аналітичних систем в медицині суттєво підвищує рівень медичного обслуговування з боку лікувально-профілактичних установ та ступінь довіри з боку населення. Рівень конфіденційності збереження інформації, можливість оперативного (швидкого) доступу користувачів до необхідних даних, автоматизація збору та обробки статистичної інформації, містить переваги для обох сторін відносин в процесі надання медичної допомоги.

При створенні інформаційних систем необхідно дотримуватися певної методології. Остання полягає в організації самого процесу формування інформаційної системи. При цьому важливий аспект – належне управління цим процесом, що гарантуватиме дотримання вимог до самих інформаційних систем. Таким чином, методологія утворення інформаційних систем спрямована на:

- встановлення цілей, завдань щодо лікувального закладу із врахуванням вимог, які висуваються до інформаційних систем;
- дотримання термінів створення інформаційних систем у межах затвердженого бюджету, відповідно до встановлених параметрів;
- використання наявних програмних забезпечень та баз даних при створення інформаційних технологій;
- забезпечення належного технічного резерву щодо модифікації і розширення систем, спричинені певними змінами в роботі лікувального закладу.

Завдання цього дослідження полягає в розгляді питань забезпечення належної якості медичної допомоги як одного з важливих критеріїв оцінки ефективності інноваційних процесів в медичній галузі та можливості удосконалення управління якістю на основі впровадження сучасних інформаційних систем підтримки охорони здоров'я в медичних організаціях, зокрема, в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ».

Досягнення мети проекту передбачає реалізацію наступних положень.

а) Концептуально – діяльність МІС для лікаря:

1) Відцифрування клінічних протоколів і планів:

- Перепис змісту — єдині словники даних з електронними медичними записами.
- Відтворення потоку робіт.
- Активні правила аналізу даних.

2) Включення протоколів і планів ведення лікувально-діагностичного процесу.

3) Прискорення заповнення медичної документації з підвищенням її якості.

б) Архітектурно – імплементація стандартів в МІС:

1) Використання HL7-FHIR для зовнішнього і внутрішнього обміну даних

2) Ведення словників даних і зв'язків між ними

3) Використання в перебігу подій:

- Протоколів і планів, в тому числі, для встановлення діагнозу МКХ-10.
- Ланцюжків ICPC2 — правил: симптом-діагноз-дія, причина-стан-дія.

3) Модель активної бази даних на основі реляційної бази даних.

в) Організаційно – формування бази медичних знань для МІС (рис.3.1):

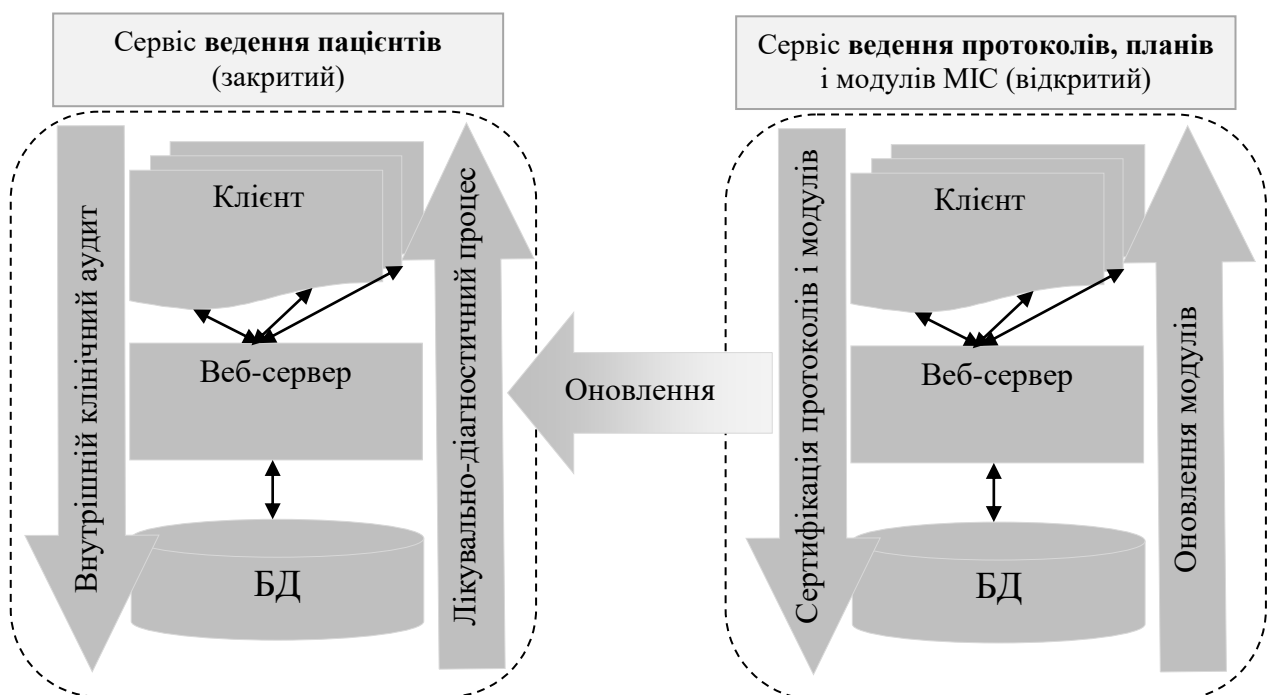


Рисунок 3.1 – Облік та обмін даними в процесі надання медичної допомоги

Проект впровадження інформаційної системи передбачає формування його інформаційного простору управління, що відбуватиметься в кілька етапів:

- утворення єдиної інформаційної бази відділень та підрозділів медичного закладу спеціалізованої вторинної та третинної медичної допомоги;
- закріплення відповідного рівня безпеки і захисту інформаційних ресурсів;
- технічний супровід здійснення аналізу інформації.

В інформаційному медичному середовищі здійснюється повна інформатизація всіх етапів лікувально-діагностичного процесу. Тобто, за єдиною технологічною схемою комплексно вирішуються такі завдання, як автоматизація процесу ведення медичної документації, машинна діагностика і прогнозування захворювань, вироблення оптимального плану лікування, організація комп'ютерного медичного архіву. При цьому є можливість підключати додаткові програмні засоби (утиліти) для вирішування допоміжних завдань, що характерні для відділення даного клінічного профілю (медикаментозне забезпечення, харчування, кадри тощо).

Запорукою якості розробки є відповідність чинним стандартам, ретельне планування, постійний контроль (як цілого процесу загалом, так і кожної фази зокрема). Дуже важливо проектувати ІС відповідно до існуючих в сучасній сфері ІТ комунікаційних, апаратних та програмних стандартів та протоколів, щоб забезпечити в майбутньому, по-перше, сумісність ІС різного рівня між собою для об'єднання їх в єдину ІС всієї країни, а по друге, зменшити затрати у разі заміни якихось частин системи на сучасніші, коли виникає така необхідність.

Необхідно особливо зупинитися на двох стандартах, які мають велике значення для української медичної інформатики. Це стандарти Health Level 7 (HL 7) і Open HER. Як відомо HL7 версії 2 є стандартом передачі медичних записів і документів. Версія 3 цього стандарту відображає ще й архітектуру медичного документа (CDA). У країнах Європи, де він повсюдно використовується, стандартизовані практично всі процедури передачі медичних записів і документів. У той же час на ринок поступово виходить стандарт Open HER, розроблений австралійськими фахівцями. Зараз серед західних фахівців розглядається питання про їх спільне використання.

Адміністрування та налагодження медичної інформаційної системи передбачає наступне:

- 1) Введення довідників системи.
- 2) Налагодження логічних реєстрів.
- 3) Створення та налаштування медичних форм за допомогою конструктора форм.
- 4) Створення нових АРМ для користувачів.
- 5) Налагодження правил автоматичної нумерації електронних карток.
- 6) Створення та налаштування друкованих форм.
- 7) Налаштування користувачам прав та правил доступу відповідно до їх можливих функцій в Системі.
- 8) Розмежування прав доступу до інформації.
- 9) Налаштування аутентифікації користувачів.
- 10) Перегляду аудиту сесій користувачів.

Інформаційна підтримка процесу забезпечується шляхом регулярного подання системному адміністраторові звітів про стан охорони здоров'я. Останній, систематизувавши дані, передає їх до керівництва медичного закладу. Особливість будь-якого управлінського процесу полягає у прийнятті відповідних рішень на основі загальної інформації, що формується з різних джерел.

Управлінському персоналу лікувального закладу спеціалізованої вторинної та третинної медичної допомоги перед початком збору інформації необхідно чітко визнати таке:

- здатність виділення з масиву отриманих даних тих, які підлягають вимірюванню;
- можливість визначення значущості таких даних;
- особливості їх взаємозв'язку;
- ступінь довіри до джерела отримання інформації.

Для вирішення проблеми поліпшенню якості діяльності з надання медичної допомоги і прийняттю якісних управлінських рішень єдиним альтернативним варіантом слід вважати розробку і впровадження економічно доступних сучасних

технічних засобів інформаційного забезпечення, що дозволить здійснити автоматизацію процесів збору і обробки інформації з наступним її використанням для проведення аналізу на різних рівнях управління якістю медичної допомоги, підтримки процесу прийняття і реалізації управлінських рішень з поліпшення якості та збереження інформації в межах автоматизованої системи (рисунок Б.1).

Особливо актуальним слід вважати автоматизацію робочого місця лікаря, на рівні якого безпосередньо відбувається процес надання медичної допомоги і створюються первинні дані, а також, як показали результати власного дослідження, виникають відхилення від вимог нормативних документів, що регулюють якість лікувально-діагностичного процесу. Накопичення відхилень в системі процесів стає потенційним або реальним фактором погіршення якості медичної допомоги.

Саме тому в процесі розробки системи управління якістю медичної допомоги в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» поставлено завдання створення інформаційної системи моніторингу якості лікувально-діагностичного процесу з метою забезпечення дотримання лікарями медичних стандартів (клінічних протоколів, формулярів лікарських засобів, клінічних маршрутів пацієнта).

Забезпечення доступності даної системи для КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» уможлиблюється шляхом використання досвіду створення медичних інформаційних систем, зокрема, базового рівня, яким є автоматизоване робоче місце лікаря (АРМ), а також позиціонування даної системи як сегменту загальної інформаційної системи закладу охорони здоров'я.

Функціональна структура інформаційної системи складається з кількох підсистем та бази даних, призначених для користувачів – лікарів та експертів.

Першою з підсистем є підсистема збору та зберігання даних / інформації про лікувально-діагностичний процес. Мета її функціонування – збір і накопичення інформації на комп'ютеризованих робочих місцях лікарів клінічних та діагностичних відділень з формуванням ф. № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого». Особливістю збору інформації є її введення не з клавіатури, а з довідників, які містять детальний опис дій лікаря при даній нозологічній формі і

клінічному стані. Довідники розробляються на основі діючих стандартів (клінічних протоколів медичної допомоги, формулярів лікарських засобів, інших нормативних документів) галузевого і локального рівнів управління, і представлені у відповідних модулях. В такий спосіб система не лише надає змогу лікарю отримати, але й зобов'язує його використати в момент і на місці надання медичної допомоги пацієнту тільки надійні рекомендації з підтримки клінічного рішення.

Друга підсистема призначена для розрахунку відхилень реального лікувально-діагностичного процесу від клінічного протоколу у «ключових точках», позначених плановими індикаторами якості, та формуванню підсумку результатів розрахунків за сукупністю випадків, що піддаються моніторингу, а третя – для узагальнення інформації у вигляді електронних звітів. Результати функціонування цих підсистем також накопичуються у базі даних.

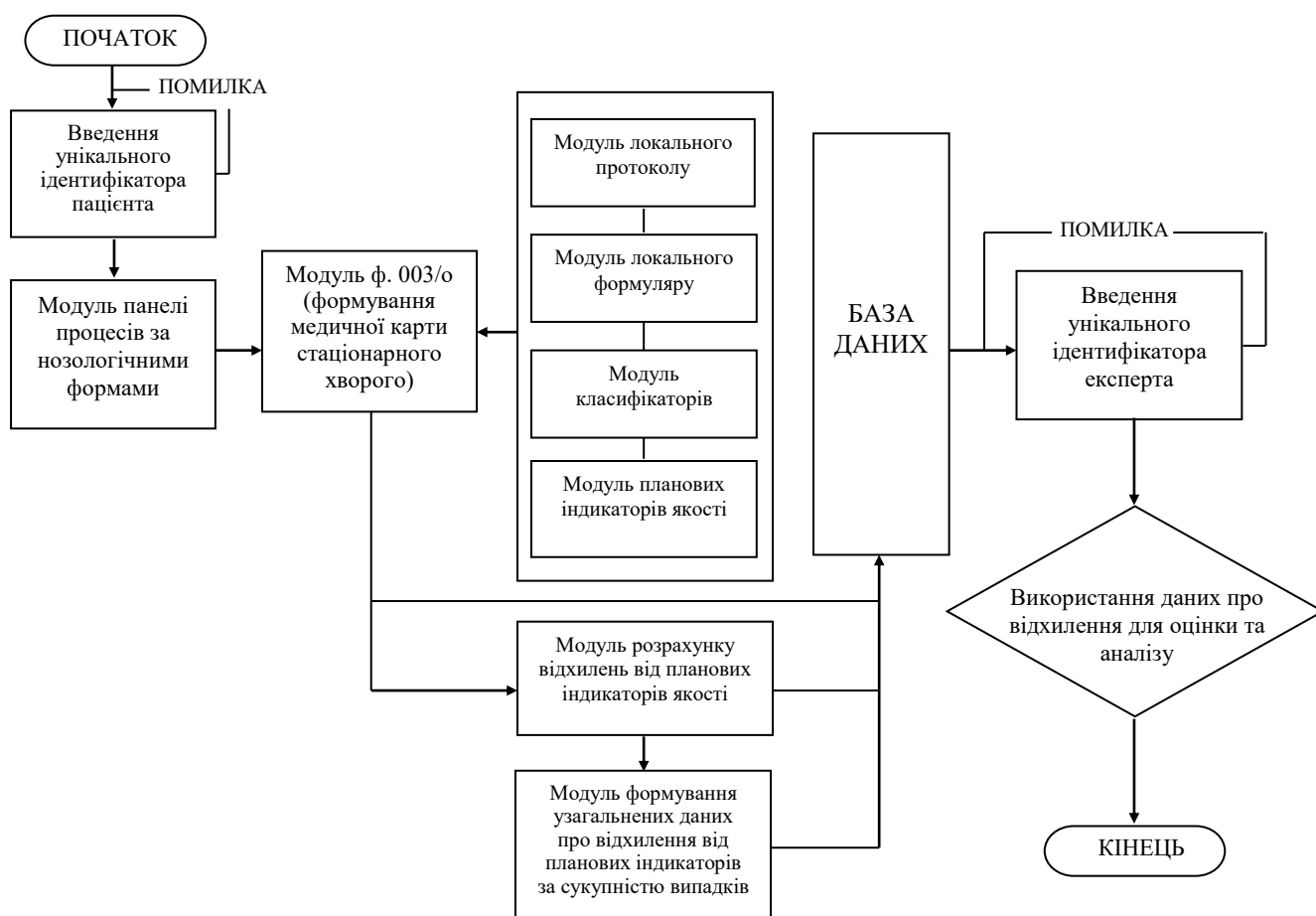


Рисунок 3.2 – Алгоритм дій користувачів автоматизованої інформаційної системи з моніторингу якості лікувально-діагностичного процесу [20]

Четверта підсистема забезпечує підтримку перебування у актуальному стані довідників, а також класифікаторів хвороб, які використовуються при наданні медичної допомоги та моніторингу лікувально-діагностичного процесу (рис. 3.2).

Зазначені підсистеми активуються через ідентифікатор експерта, в ролі якого виступають завідувачі відділень, головні позаштатні спеціалісти, заступники головного лікаря КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ».

На персональному рівні доцільно здійснювати моніторинг якості медичної допомоги та використання ресурсів безпосередніми виконавцями (лікарями, молодшими працівниками зі спеціальною медичною освітою), а на рівні структурних підрозділів – їх керівниками з наступною оцінкою та аналізом результатів вповноваженим заступником керівника закладу з питань якості.

Зв'язок між підсистемами здійснюється на основі формування запитів до них під час функціонуванні системи. Процедура запиту формувалась з застосуванням міжнародного стандарту обміну та управління електронною медичною інформацією Health Level 7 v. 2.7.

Проектована інформаційна система може бути доповнена модулями локальних протоколів за будь-якою нозологічною формою і стати, таким чином, структурною складовою загальної інформаційної системи закладу охорони здоров'я за умови розробки останньої та адаптації до неї сегментарних локальних програмних продуктів.

Використання в медичній інформаційній системі сучасних засобів автоматизованої обробки інформації дозволяють перевести на якісно новий рівень процеси автоматизованого контролю якості первинної інформації, застосовувати автоматизовані процедури пошуку та видалення помилкових та дублюючих записів у базах даних. Запровадження таких технологій і процедур, спрямоване на підвищення якості, повноти та несуперечності первинної документації, має передувати запровадженню та широкому використанню систем індикаторів якості медичної допомоги, оскільки неможливо отримати якісну інформацію на основі неякісних вихідних даних.

3.2 Пропозиції з впровадження системи менеджменту якості в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» на основі стандартизації процесів надання медичної допомоги

Основний філософський принцип управління якістю – безперервний моніторинг і оцінка, що призводять до безперервного удосконалення. Моніторинг – систематичний процес збору інформації щодо результативності клінічної або неклінічної (яка підтримує лікувально-діагностичний процес) діяльності. Саме збір і облік інформації з наступними оцінкою і аналізом надає найбільше можливостей для прийняття управлінських рішень [27]. Оцінка якості медичної допомоги – визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим на даний час стандартам, очікуванням і потребам окремих пацієнтів і груп населення. Методи оцінки передбачають співставлення реальної ситуації з бажаною (еталонною, стандартною).

Поняття моніторингу і оцінки якості тісно пов'язані з аудитом, як формою зворотного зв'язку в системі управління якістю. Аудит – це систематична перевірка наданої медичної допомоги з метою поліпшення її якості з використанням чітко сформульованих критеріїв і з подальшим внесенням змін, що відповідає циклу У. Е. Демінга [21]. Його концепція управління якістю ґрунтується на контролі якості процесів і продуктів, що відбуваються в циклі управлінських заходів, названому «колом Демінга» за певною схемою: планування – діяльність – контроль – корегування (цикл PDCA).

Для забезпечення якості медичної допомоги на сьогодні застосовують методологію управління (менеджменту) цим процесом, що базується на впровадженні вимог ДСТУ ISO 9001 «Система управління якістю. Вимоги» у версії 2015 року.

Упровадити системи управління якістю (СУЯ) – стратегічне рішення організації, яке може допомогти поліпшити її загальну дієвість та забезпечити міцну основу для ініціатив щодо сталого розвитку.

Таблиця 3.1 - Характеристика концептуальних положень нової ідеології Міжнародного стандарту ISO 9001:2015¹⁾

Концептуальне положення	Характеристика
Цикл PDCA – цикл покращання процесів Шухарта – Демінга	<p>В. Шухарт та Е. Демінг (американські вчені) – автори циклу PDCA. Цикл PDCA – відома модель безперервного поліпшення процесів; інструмент, який може бути використаний для управління процесами і системами, а при його застосуванні можна ефективно управляти СУЯ на системній основі. Методологію PDCA можна описати так:</p> <p>P – Plan – Плануй – це встановлення цілей та процесів, а також ресурсів, необхідних для досягнення результатів відповідно до вимог споживачів та політики організації. («Що необхідно робити?» і «Як робити?» – оцінювання можливостей організації та планування необхідних змін, визначення цілей і заходів).</p> <p>На етапі планування розробляють плани на основі виявлених та праналізованих проблем, а також оцінюють можливості організації і планують необхідні зміни. На цьому етапі необхідно також визначити та врахувати ризики та можливості.</p> <p>D – Do – Роби: «Реалізуйте те, що заплановано» або «Реалізація процесів та контроль їх виконання». На цьому етапі під час виконання процесів відбувається здійснення запланованих заходів для вирішення визначених раніше проблем.</p> <p>C – Check – Перевірай – проведення моніторингу (де це доцільно) та вимірювання процесів, а також продукції та послуг у взаємозв'язку з цілями та політикою організації. Крім того, оцінити результати моніторингу, сформулювати висновок відповідно до поставлених завдань та оформити звіт про результати, моніторинг і вимірювання процесів, а також проінформувати керівництво.</p> <p>A – Act – Дій/впливай – проявляти активність (діяти), здійснювати дії для покращання показників функціонування організації, застосовувати заходи для постійного покращання процесів та ухвалювати рішення на підставі одержаних висновків; якщо зміни не вирішують поставлене завдання, необхідно повторити цикл, за цих умов вносять корективи до плану (підвищення ефективності процесу).</p>
Ризик-орієнтоване мислення та можливості	<p>Ризик-орієнтоване мислення – важлива частина планування та впровадження СУЯ. Стандарт ISO 9001:2015 визначає однозначно, що для того щоб відповідати вимогам СУЯ, організації повинні планувати та здійснювати свої заходи з урахуванням ризиків та можливостей. Установлення ризиків та можливостей створює основу для підвищення результативності СУЯ, досягнення більш високих результатів та попередження негативних наслідків.</p> <p>Ризик – це вплив невизначеності. Позитивне відхилення, що виникає з ризику, може створити можливість, але не всі позитивні впливи ризику призводять у кінцевому підсумку до можливостей. Ризик-орієнтоване мислення дає можливість організації встановити фактори, які можуть спричинити відхилення результатів від запланованих при здійсненні процесів. Крім того, ризик-орієнтоване мислення сприяє розробленню заходів щодо попередження ризиків, щоб мінімізувати їх негативний вплив, а також максимально використати можливості, які виникають.</p> <p>Можливості можуть виникати як результат певної ситуації, щодо є сприятливою для досягнення запланованого результату. Ризик-орієнтоване мислення дає можливість організації встановити фактори, які можуть спричинити відхилення результатів її процесів та СУЯ від запланованих, розробити заходи щодо попередження цього для мінімізування їх негативного впливу, а також максимально використати можливості, що виникають. СУЯ в організації повинна діяти як запобіжний інструмент щодо ризиків та, крім того, СУЯ повинна бути динамічною системою, яка постійно розвивається за рахунок проведення періодичних покращань та інновацій.</p>
Процесний підхід	<p>Процесний підхід – управління діяльністю організації як єдиною системою взаємозв'язаних процесів для того, щоб досягнути запланованих результатів відповідно до політики у сфері якості та стратегічних планів організації. Стандарт визначає процесний підхід як такий, що містить цикл PDCA (Plan-Do-Check-Act) та ризик-орієнтоване мислення. Такий комплексний процесний підхід дає можливість організації планувати свої процеси та їх взаємодію, а цикл PDCA надає організації впевненості в тому, що її процеси адекватно забезпечені ресурсами та управляються і що ризики виявлені та можливості для покращання реалізуються.</p>

¹⁾ Систематизовано автором на основі [19, 22, 24]

У версії Міжнародного стандарту ISO 9001:2015 у Вступі визначено нову ідеологію, яка виражається в тому, що організації у своїх СУЯ повинні використовувати процесний підхід, поєднаний із циклом PDCA і ризик-орієнтованим мисленням (див. табл. 3.1). Цикл управління процесами PDCA, який згідно з ДСТУ ISO 9001:2015 може бути застосований як до усіх процесів, так і до самої СУЯ у цілому, представлений схематично на рисунку 3.3.

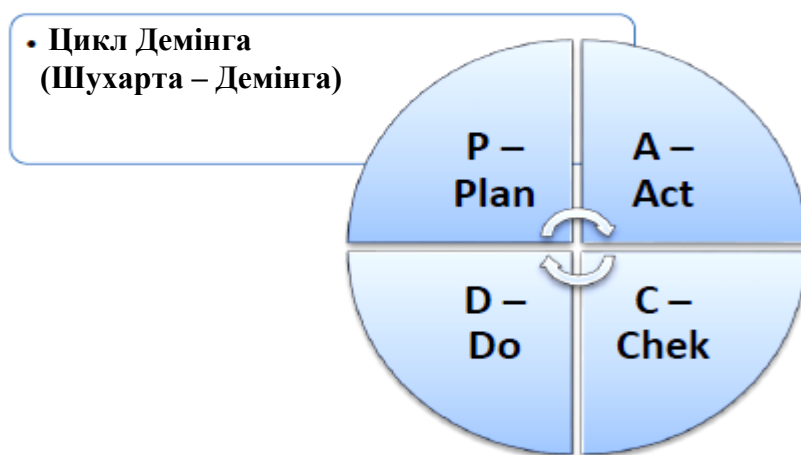


Рисунок 3.3 – Цикл управління процесами PDCA [24]

Методологія PDCA використовується як цикл безперервних поліпшень із застосуванням мислення, що ґрунтується на оцінюванні ризиків, на кожному етапі цього циклу і може бути застосованою до всіх процесів. Згідно з PDCA суть управління в організації зводиться до постійного вдосконалення, і у зв'язку з цим – до зміни цілей, планів, формування нових планових заходів тощо.

Використання в системі управління якістю процесного підходу дає можливість: зрозуміти вимоги СУЯ та забезпечити постійне їх виконання; розглядати процеси із точки зору того, що вони добавляють цінності товарам чи послугам; досягати результативного функціонування процесів; покращити процеси на підставі одержаних даних та інформації.

Цикл PDCA зосереджений на організаційному контексті (лідерство, відповідальність керівництва) та вимогах зацікавлених сторін, які є основними

для СУЯ. Згідно з положеннями Вступу ISO 9001:2015 СУЯ повинна бути спрямована на потреби та очікування таких зацікавлених сторін:

- споживача (наприклад, пацієнта);
- регуляторного органу (наприклад, МОЗ та НСЗУ);
- органу сертифікації [24].

Усі фази циклу PDCA залежать від лідерства і передбачають «мислення на основі ризику» в усіх рішеннях. Вище керівництво визначає, які плани/проекти потрібні для досягнення визначених цілей, що повинні базуватися для задоволення зацікавлених сторін. Керівництво визначає потребу в людських ресурсах, інфраструктурі та робочому середовищі – для підтримки процесів у діяльності організації. Завершенням циклу PDCA в медичній організації є задоволеність пацієнта. Нова версія ISO 9001:2015 вимагає «бачення ризику» в ухваленні рішень на всіх чотирьох етапах циклу PDCA, тобто ризик еквівалентний відхиленням від очікуваного результату.

Отже, ідеологія Міжнародного стандарту ISO 9001:2015 базується на трьох основних концептуальних положеннях, схематично зображених на рисунку 3.4.



Рисунок 3.4 – Нова ідеологія Міжнародного стандарту ISO 9001:2015

В Україні з 2014 року, згідно Критеріїв державної акредитації закладів охорони здоров'я, вищу атестаційну категорію заклади, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу можуть отримати лише за умови наявності сертифіката про відповідність системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000 (Наказ МОЗ від 20.12.2013 №1116).

Тоді адаптація положень контролю якості процесів і продуктів в циклі управлінських заходів (цикл PDCA згідно з ДСТУ ISO 9001:2015) до автоматизованої системи підтримки прийняття клінічних та економічних рішень в закладі охорони здоров'я може бути представлена як на рисунку 3.5.

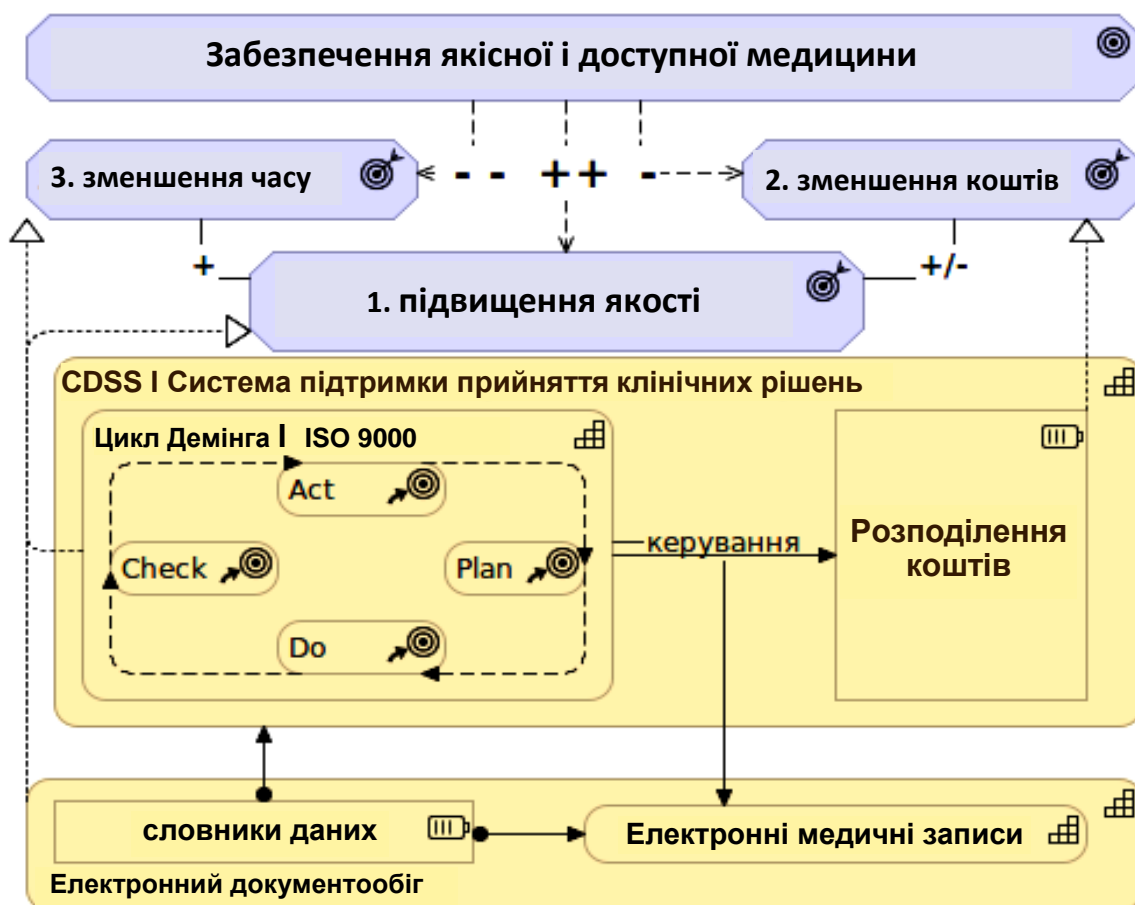


Рисунок 3.5 – Структурно-орієнтована схема автоматизованої системи підтримки прийняття клінічних та економічних рішень в закладі охорони здоров'я з врахуванням вимог контролю якості процесів і продуктів в циклі управлінських заходів (цикл PDCA згідно з ДСТУ ISO 9001:2015)

Світовий досвід показує, що стандарти ISO універсальні та можуть використовуватися в медичній організації не тільки в управлінні якістю медичної допомоги, але і в управлінні медикаментозним забезпеченням, фінансами матеріально-технічними ресурсами, удосконаленні функцій планування, організації, трудової мотивації та контролю, інформаційних управлінських процесів. Перевагами застосування системи управління якістю за вимогами ISO 9001:2015 у закладах охорони здоров'я є те, що вона допомагає вирішити проблему до її виникнення, дає чіткість та прозорість діяльності установи, що дозволяє істотно підвищити ефективність лікування за рахунок своєчасного та правильного надання медичних послуг; зменшує витрати медичних організацій, в основному через упорядкування діяльності та усунення непотрібних або неефективних процесів, зовнішніх і внутрішніх втрат, викликаних дефектами та невідповідностями [28-30].

Адаптація стандартної системи менеджменту якості ISO вимагає визначення та ідентифікації процесів, їх виконавців і критеріїв оцінки результативності процесів.

Таблиця 3.2 – Реалізація процесного підходу в системі підтримки прийняття клінічних та економічних рішень в медичній організації (згідно методології PDCA)

1. P – Plan – Плануй	1.1. Робочі процеси 1.2. Клінічні маршрути 1.3. Відцифровані протоколи
2. D – Do – Роби	2.1. Одна дія, багато процесів 2.2. Електронні медичні: записи, запити, події 2.3. Обмін даними з реєстрами ресурсів
3. C – Check – Перевіряй	3.1. Внутрішній клінічний аудит 3.2. Панель збору даних 3.3. Поточна статистика
4. A – Act – Дій/впливай	4.1. Висновки підтверджені даними 4.2. Циклічність контролю якості і вартості лікування

В загальному розумінні комплексний процесний підхід дає можливість медичній організації ідентифікувати й планувати свої процеси та їх взаємодію, а цикл PDCA надає організації впевненості в тому, що її процеси адекватно забезпечені ресурсами та управляються (таблиця 3.2).



Рисунок 3.6 – Взаємодія процесів стаціонару в закладі охорони здоров'я

Зі схеми, приведеній на рисунку 3.6, що є першою фазою опису взаємодії процесів, видно, що всі процеси закладу охорони здоров'я (стаціонару) взаємопов'язані (мають місце прямі та зворотні зв'язки); при цьому інформація одного процесу дає основу для осмислення іншого. Перевага процесного підходу

полягає в безперервності управління, яке забезпечується на стику окремих процесів у межах системи, а також при їх комбінації і взаємодії.

У таблиці Г.1 наведено групи та види процесів в організаціях із надання медичної допомоги. Для більш ефективного управління процесами складають план, що передбачає такі розділи:

- вимоги до входу і виходу процесу. Наприклад, вимоги до медичної допомоги можуть включати стандарти з її надання, клінічні протоколи та рекомендації, лікарські формуляри, перелік необхідних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів;

- види діяльності (підпроцеси) всередині процесів. Наприклад, до лікувально-діагностичного процесу може входити клінічне обстеження хворого в приймальному відділенні, організація консилиумів, інструментальна і лабораторна діагностика, організація лікувального харчування, фізіотерапія, лікувальна фізкультура і т. ін.

Для управління процесом упровадження СУЯ призначають відповідальних менеджерів процесів (керуючих), навчених внутрішніх перевірників (аудиторів). Повинна бути створена схема взаємодії між структурами лікарні, схема відбору пацієнтів щодо надання медичної допомоги, що призведе до скорочення термінів перебування в лікарні і самої госпіталізації, а також підвищитися доступність високотехнологічної медичної допомоги.

СУЯ розробляється відповідно до семи принципів ISO 9001:2015. Стандарт містить рекомендації до створення СУЯ, але кожна організація має право розробляти свою СУЯ способом, зіставним з основними принципами ISO 9001 та до якої підходять її робочі процеси. Формується зведений план щодо впровадження СУЯ (додаток Е).

Таким чином, організація, що розробляє стратегію управління якістю, створює свою політику, протоколи, процеси для досягнення своїх конкретних цілей і стратегічних завдань.

3.3 Розробка інформаційної бази індикаторів та критеріїв оцінки якості медичної допомоги (послуги) в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»

Щоб побачити й оцінити можливі проблеми, необхідно постійно контролювати всі процеси в діяльності медичної організації та аналізувати потенційні ризики для їх ліквідації або зменшення. Проведення періодичного внутрішнього аудиту в стаціонарі, відповідно графіка, дозволяє зібрати об'єктивні дані щодо невідповідностей роботи закладу згідно вимог ДСТУ ISO 9001:2015, які зустрічаються найчастіше. За рахунок документування, контролю, аналізу та періодичного перегляду ключових виробничих та управлінських процесів забезпечується прозорість, краща керованість та безперервне удосконалення діяльності лікарні.

Реалізація Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я, актуалізованої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 01.08.2011 р. №454, націлює на заміну неефективного діючого адміністративно-командного підходу до забезпечення якості. Отже, запропоноване нами застосування системи менеджменту якості (з врахуванням вимог ДСТУ ISO 9001 «Система управління якістю. Вимоги» у версії 2015 року) для розробки та впровадження інформаційної систем управління якістю медичної допомоги в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» має забезпечити розширену підтримку в прийнятті рішень, підвищення якості та доступності медичних послуг закладу охорони здоров'я.

З врахуванням практичного досвіду впровадження спеціалізованих та універсальних інформаційних систем і технологій в різних організаціях медичної галузі доведено, що використання системи менеджменту якості в роботі стаціонару сприяє збільшенню:

- інтенсивності використання ліжкового фонду за рахунок зниження середньої тривалість лікування хворих;
- питомої ваги обґрунтованої тривалості стаціонарного лікування хворих;

- частки пацієнтів, обстежених на попередньому етапі, до досліджуваної планової госпіталізації,
- питомої ваги пацієнтів, у яких заключний клінічний діагноз був правильним та повним.

Окрім цього експерти відзначають зменшення помилок в клінічному діагнозі, виявлені дефекти лікувальних втручань у хворих з окремими діагнозами після впровадження системи менеджменту якості зустрічались із значно меншою частотою [39].

Важливим у системі управління якістю, як в будь-якій системі управління, є створення підсистеми «зворотного зв'язку», що дозволяє отримувати інформацію про виконання встановлених нормативів і вимог. Зазначена підсистема в галузі, як засвідчили результати дослідження, ґрунтується на індикаторах якості, затвердженими у різних нормативно-правових актах, – УКПМД, цільових наказах, стандартах акредитації.

Медичні інформаційні системи повинні бути створені з використанням відповідних індикаторів якості медичної допомоги та процесу, щоб забезпечити своєчасний збір, взаємодію і надійне порівняння даних у сфері охорони здоров'я. Індикатори якості медичної допомоги (або клінічні індикатори) — невід'ємна частина системи загального професійного менеджменту в системі охорони здоров'я практично у всіх країнах Європейського Союзу, а також в інших розвинених країнах, таких як Австралія та США. Вони призначені, перш за все, для використання практикуючими лікарями, на відміну від індикаторів діяльності (результативності), які використовуються організаціями. Однак обидва види індикаторів можуть використовуватися як на локальному, так і на національному рівнях.

Перш за все індикатори використовуються для керування процесом підвищення якості медичних послуг, що надаються, шляхом порівняння та встановлення стандартів, а також для оптимізації процесу підвищення якості медичних послуг на місцевому рівні. Індикатори мають охоплювати результати і якість лікувальної роботи в таких ключових аспектах:

- 1) Безпека.
- 2) Результат і якість процесу.
- 3) Досвід пацієнтів.

Національна служба охорони здоров'я Великої Британії визначає клінічний індикатор як інструмент, за допомогою якого можна визначити можливі проблеми та/чи можливості для підвищення якості обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування. При належному використанні індикатори можна застосовувати для порівняння варіантів надання аналогічних медичних послуг у різних закладах та для оцінки рівня цих послуг відносно національних стандартів. Індикатори можуть використовуватися як основа для оцінки сучасної практики та слугувати відправною точкою для початку процесу вдосконалення догляду за хворими [38].

Загальновизнана міжнародна практика — дотримання принципу відмови від використання індикаторів якості медичної допомоги для прямих порівнянь та оцінок діяльності окремих закладів. Індикатори рідко забезпечують пряму міру якості. Замість цього вони слугують вказівниками для ідентифікації можливих проблем та/чи можливостей вдосконалення якості. Індикатори не забезпечують відповідей на запитання, а швидше привертають увагу до тих сфер, де доцільно провести спеціальні дослідження або вжити заходів щодо вдосконалення якості. Вони також забезпечують однорідність методів оцінювання результатів у формі еталонного порівняння.

В структурі інформаційного забезпечення МІС необхідно виділити окремий блок індикаторів якості, що розробляються з метою моніторингу та оцінки якості медичної допомоги пацієнтам з даним захворюванням або клінічним станом. Розробка індикаторів здійснюється, як задекларовано у нормативних документах, у відповідності до моделі забезпечення якості медичної допомоги А. Донабедіана (розробка індикаторів структури, процесу і результату) [11].

У багатьох країнах при розробці індикаторів якості зважають на модель «Donabedian model», у якій якість медичної допомоги оцінюється крізь призму трьох її компонентів: 1) процесу — безпосередньо медична допомога, проведення

лікувально-діагностичних процедур відповідно до клінічних настанов, протоколів і стандартів; 2) результату — те, що відбувається з пацієнтом після надання допомоги (наприклад розвиток ускладнень, летальність і тривалість перебування на ліжку, задоволеність лікуванням, якість життя); 3) структури — організація допомоги, людські та матеріально-технічні ресурси, що використовуються для надання медичної послуги.

При розробці індикатора необхідно послідовно та ретельно заповнити всі структурні розділи, які становлять опис індикатора. Перш за все, слід визначити організацію, або посадову особу, яка має обчислювати індикатор на практиці. При запровадженні індикатора доступність всієї необхідної первинної та допоміжної інформації та можливість реалізації запропонованого алгоритму обчислення має бути забезпечена організаційно.

Наступним кроком є визначення вихідних даних для обчислення індикатора. Такими даними можуть бути: первинна медична документація; автоматизовані бази даних, що ґрунтуються на первинній медичній документації; інші джерела та бази даних, що містять суттєву інформацію, за умови можливості їх отримання та опрацювання при обчисленні індикатора.

При визначенні понять, що становлять чисельник та знаменник індикатора, слід керуватися такими правилами [43]:

1) Знаменник показника має визначати досліджувану множину об'єктів. Досліджувана множина має прозорий фізичний зміст щодо медичної допомоги, яка чітко окреслена за допомогою первинних медичних або реєстраційних документів, записів загальноприйнятих баз даних або інших структурованих носіїв інформації, що містять суттєві стосовно якості медичної допомоги характеристики об'єктів. Найбільш поширеними об'єктами, для яких існують відповідні звітні чи реєстраційні форми, документи або записи в документах та базах даних, є:

- заклад охорони здоров'я;
- фізична особа (хворий, пацієнт тощо);
- окремий випадок захворювання (діагноз);

- окремий факт госпіталізації;
- окремий факт надання медичної допомоги (послуга).

При визначенні досліджуваних об'єктів обов'язково слід деталізувати первинний медичний документ, який визначатиме один екземпляр об'єкта. З точки зору закладу охорони здоров'я під поняттям «пацієнт» або «хворий» зазвичай розуміють не «фізичну особу», яку можна ідентифікувати за паспортом або ідентифікаційним кодом, а «випадок госпіталізації», інформаційним носієм про який є медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о) або статистична карта вибулого зі стаціонару хворого (форма 066/о). Очевидно, одній фізичній особі може відповідати кілька випадків госпіталізації протягом певного періоду.

2) При визначенні чисельника індикатора слід забезпечити відповідність типів об'єктів чисельника та знаменника (досліджуваної множини). Чисельник має розглядатися як деяка підмножина знаменника. Грамотно визначеному індикатору має відповідати грамотно (з точки зору лінгвістики) побудоване висловлювання, яке окреслює зміст індикатора. Алгоритм, за допомогою якого з усієї досліджуваної множини (знаменника) буде виокремлюватися чисельник індикатора, має бути чітко сформульований.

Існує два найтипівіші шляхи обчислення індикатора:

- експертний аудит, що базується на вибірковому або тотальному опрацюванні первинної медичної інформації кваліфікованим експертом, який здатний скласти висновок щодо кожного розглянутого випадку;
- автоматизована обробка баз даних, яка ґрунтується на формальних алгоритмах.

Застосування МІС знижує трудомісткість обчислення індикаторів, а також прийняття суб'єктивних рішень. Матеріально-технічного забезпечення та наявність технічних можливостей має стати базисом для формування баз даних, які ґрунтуються на первинній медичній інформації.

Слід зауважити, що належним чином спроектовані бази даних зазвичай ґрунтуються на затверджених первинних медичних документах та підтримують загальноприйняті класифікації, тому алгоритми для обчислення індикаторів можуть

бути універсальними та придатними як для автоматизованого, так і для ручного опрацювання. Якщо індикатор пов'язаний зі стандартами медичної допомоги та критеріями, які входять до складу стандартів, цей зв'язок має бути чітко визначений та окреслений. Якщо існують близькі за змістом індикатори, які характеризують діяльність закордонних систем охорони здоров'я, і припустиме порівняння індикатора з «еталонними» значеннями найкращої практики, мають бути зазначені відповідні джерела та наведені практичні рекомендації щодо коректного порівняння та інтерпретації результатів зіставлення.

Розроблений індикатор має пройти пілотне тестування і бути розглянутим групою експертів, які можуть висловити свої зауваження. Слід уникнути неоднозначностей при спробах обчислення та інтерпретації індикатора.

Мета системи виміру результатів — підтримати лікарні в оцінці ними власної діяльності шляхом відповіді на запитання щодо результатів та подальшої корекції дій з метою підвищення якості надання медичної допомоги. Система індикаторів використовується як механізм внутрішнього підвищення якості, а не як інструмент підзвітності чи покарання.

Для порівняння різних регіональних підрозділів або профільних медичних закладів може бути використана Інтернет-платформа, зручна в експлуатації, оскільки кожен заклад зможе входити на веб-ресурс та передавати інформацію.

Для чіткої організації проведення оцінювання слід визначити того, хто буде очолювати роботу координаційного центру, забезпечувати функціонування електронної платформи, як часто будуть передаватися дані і коли буде здійснюватися зворотній зв'язок. Оскільки метою впровадження системи індикаторів є підвищення якості, а не зовнішній контроль, рекомендується залучити для обслуговування платформи незалежних фахівців. Додаткові перевірки достовірності даних також можуть проводитися незалежною організацією, яка обслуговує електронну платформу.

У медичній організації рекомендується призначити людину або групу, які будуть координувати процес збирання даних та перевірку їх достовірності. Оскільки цей проект спрямований на підвищення якості, рекомендується залучити

до цієї діяльності фахівців, які мають досвід роботи в тому, що стосується безпеки, якості або статистики медичних послуг та у разі необхідності запропонувати заходи щодо покращання роботи. Перед початком діяльності необхідно провести тренінг щодо роботи із системою індикаторів. Під час збирання даних та у процесі аналізу результатів закладу охорони здоров'я може знадобитися допомога організації, що обслуговує електронну платформу. Перевірку достовірності даних повинна проводити особа, яка є координатором проекту у медичному закладі.

Необхідно зберігати конфіденційність інформації. Для забезпечення якості інформації та недопущення неповних звітів слід побудувати систему відповідального ставлення до роботи з інформацією, що також підвищить достовірність даних. Тому окрема лікарня не повинна мати доступу до інформації інших установ, для цього вхід на сайт захищається паролем. У жодному із звітів не відображаються назви медичних закладів, використовуються умовні номери. Організація, яка обслуговує електронну платформу (координаційний центр) також не повинна допускати витоку інформації щодо окремого закладу охорони здоров'я.

Результатом впровадження клінічних індикаторів в практику закладу охорони здоров'я має бути всебічне охоплення та висвітлення за допомогою індикаторів всіх етапів запровадження стандартів структури, процесу та результатів медичної допомоги з метою безперервного підвищення якості медичної допомоги (послуги) населенню.

У системі охорони здоров'я Великої Британії використовується близько 400 унікальних клінічних індикаторів якості медичної допомоги на рівні лікарні. Повний список був нещодавно опублікований для відкритого обговорення всіма фахівцями системи охорони здоров'я з метою розробки особливих єдиних індикаторів якості медичних послуг, щоб у майбутньому проводити більш точний порівняльний аналіз на національному рівні [38]. Вони розділені на 14 категорій, в тому числі: серцево-судинні захворювання містять 60 індикаторів; приєднані інфекції в системі охорони здоров'я – 34 індикатори; тривалий перебіг хвороби – 33 індикатори; смертність – 69 індикаторів; досвід пацієнтів – 58 індикаторів; обстановка, в якій знаходяться пацієнти – 32 індикатори; повідомлені результати

лікування пацієнтів – 4 індикатори; безпека пацієнтів – 39 індикаторів; повторна госпіталізація – 30 індикаторів; оперативні втручання – 17 індикаторів; своєчасність допомоги – 7.

Для подальшої розробки клінічних індикаторів в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», як приклад можна навести вибіркового перелік деяких клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності закладів кардіологічного профілю (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3 – Перелік деяких клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності лікувальних закладів кардіологічного профілю

Індикатор 1	Коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності від ГІМ (гострий інфаркт міокарда)
Чому використовується індикатор?	ГІМ — одна із найчастіших причин смертності та інвалідності. При лікуванні ГІМ особливе значення мають правильна діагностика, вибір методу лікування та подальше амбулаторне спостереження. Вірогідність летального кінця залежить від таких особливостей пацієнта, як його вік та якість наданої йому медичної допомоги
Запитання	Яким є відсоток смертності пацієнтів, госпіталізованих із діагнозом ГІМ (коефіцієнт смертності госпіталізованих пацієнтів), незалежно від конкретної причини смерті?
Чисельник	Кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом ГІМ за період з 1 січня по 31 грудня
Знаменник	Кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом ГІМ в період з 1 січня по 31 грудня
Тип індикатора	Специфічний для цього захворювання кінцевий індикатор
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітний період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти, яких було переведено до інших лікувальних закладів
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Чисельник, кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом ГІМ:.. - Знаменник, кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом ГІМ:.. - Коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності:..%
Звітний період	Щорічно
Джерело (первинний документ)	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH), 2007
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:	
Індикатор 2	Загальний коефіцієнт повторної госпіталізації протягом 28 днів після виписки
Чому використовується індикатор?	Коефіцієнт повторної госпіталізації пацієнтів є важливим критерієм, який дозволяє визначити, чи пов'язані зміни кількості пацієнтів із якістю медичної допомоги, що надається. Водночас, якщо у деяких випадках повторна госпіталізація є частиною лікувального плану і тому є бажаною, то в інших випадках вона свідчить про недостатньо якісне лікування внаслідок скорочення термінів перебування пацієнта у стаціонарі та дострокової виписки
Запитання	Яким є відсоток повторних госпіталізацій протягом 28 днів після виписки в період з 1 січня по 31 грудня?

Продовження таблиці 3.3

Чисельник	Кількість пацієнтів, яких було госпіталізовано повторно протягом 0–27 днів після виписки в період з 1 січня по 31 грудня
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, виписаних із лікарні в період з 1 січня по 31 грудня
Тип індикатора	Динамічний індикатор
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітний період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пологи, госпіталізація в акушерські відділення, госпіталізація психічно хворих пацієнтів, виписка з причини см
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Дата і час повторної госпіталізації - Числівник, кількість пацієнтів, яких було повторно госпіталізовано протягом 0–27 днів з моменту попередньої виписки:.. - Знаменник, загальна кількість виписаних пацієнтів (живих):.. - Відсоткове відношення:..%
Звітний період	Щокварталу
Джерело (первинний документ)	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH), 2007
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:	
Індикатор 3	Післяопераційні інфекційні ускладнення
Чому використовується індикатор?	Післяопераційні інфекції є основною причиною ускладнень і зростання витрат на охорону здоров'я
Запитання	Яким був відсоток післяопераційних інфекцій у минулому році?
Чисельник	Кількість пацієнтів із післяопераційними інфекціями
Знаменник	Загальна кількість прооперованих пацієнтів
Тип індикатора	Індикатор кінцевого результату
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні)
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти, яких було переведено до інших лікувальних закладів
Складання звітів	В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Наявність протоколу із класифікаційною шкалою по обстеженню пацієнтів із післяопераційними інфекціями - Дата і час обстеження - Числівник, кількість пацієнтів із післяопераційними інфекціями:.. - Знаменник, загальна кількість прооперованих пацієнтів:.. - Відсоткове відношення:..%
Звітний період	Щокварталу
Джерело (первинний документ)	
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора:	

Відзначимо, що система індикаторів якості, з одного боку, створює сприятливі умови для усунення перешкод для підвищення якості, а з іншого —

змушує шукати такі шляхи її впровадження, щоб не викликати опору практикуючих лікарів, дезорганізації та небажаних наслідків.

Проектована МІС повинна бути створена з використанням відповідних індикаторів якості медичної допомоги та процесу, аби забезпечити своєчасний збір, взаємодію і надійне порівняння даних у сфері охорони здоров'я. На рисунку Ж.1 представлена схема визначення ключових точок для визначення індикаторів лікувально-діагностичного процесу в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ».

Наказом МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» встановлений порядок моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги, який спрямований на забезпечення одержання пацієнтами медичної допомоги відповідно до вимог медико-технологічних документів, виявлення організаційних проблем та відхилень і проведення подальших організаційних заходів (корекції умов, ресурсного забезпечення, дій медичного персоналу), спрямованих на поліпшення якості медичної допомоги.

Доповнимо інформацію щодо системи індикаторів якості медичної допомоги деяких розвинених країн:

- NHS Digital Indicator Portal – портал індикаторів охорони здоров'я та догляду Великої Британії – <https://indicators.hscic.gov.uk/webview/>
- AHRQ Quality Indicators – портал індикаторів якості медичної допомоги Агенції з Досліджень та Якості в охороні здоров'я США <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/>
- CIHI Health indicators - портал індикаторів Канадського Інституту медичної інформації – <https://www.cihi.ca/en/health-system-performance/performance-reporting/indicators>

Системою контролю та оцінки якості лікувально-діагностичного процесу КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» встановлені показники результативності, які проаналізовані у аналітичному розділі дипломної роботи (див. додаток В.2). Відповідно до Положення показники розраховуються в інформаційно-аналітичному відділі на підставі поданих даних із відділень, та один раз в квартал

результати моніторингу доводяться до відома директора, у відділення. Окремо проводиться експертна оцінка дотримання лікувально-діагностичного процесу на підставі проведення критеріїв експертної оцінки лікувально-діагностичного процесу (додаток В.3) і заповненням карти оцінок (додаток В.4), яка проводиться у відділенні.

Модуль планових індикаторів якості потрібно доповнити індикаторами структури та індикаторами процесу забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги, а також індикаторами результату якості стаціонарної медичної допомоги на спеціалізованому вторинному та третинному рівні її надання. Повний перелік індикаторів наведений у додатку В.5.

Принципово новими індикаторами оцінки процесу забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги є:

- відповідність наданої медичної допомоги за термінами проведення діагностичних обстежень та проведення лікувальних заходів галузевим медичним стандартам, які затверджені МОЗ України через Клінічні протоколи;
- відповідність наданої медичної допомоги за обсягами проведення діагностичних обстежень та проведення лікувальних заходів галузевим медичним стандартам, які затверджені МОЗ України через Клінічні протоколи.

Даний аналіз проводиться відповідно до нозологічних одиниць, за класами хвороб відповідно до МКХ-10 в структурних підрозділах та ЗОЗ в цілому. Вивчаються обсяги і терміни проведення діагностичних та лікувальних заходів на всіх етапах та рівнях надання медичної допомоги у відповідності до галузевих стандартів надання медичної допомоги.

Джерелами первинної інформації для проведення аналізу також слугують історії стаціонарного хворого, карти вибулого зі стаціонару.

Для забезпечення необхідного рівня якості і доступності медичних послуг пропонується ввести додатково систему критеріїв оцінки якості надання медичної допомоги (послуги) в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ».

Для зручності аналізу і подальшого ранжування усі критерії оцінки якості медичних послуг оформлено у вигляді матриці, що її наведено в табл. 3.4.

Таблиця 3.4 – Матриця критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг

1. Професійні критерії (лікаря)	2. Критерії доступності медичних послуг	3. Критерії обслуговування	4. Комунікативні критерії	5. Критерії престижності лікувального закладу
1	2	3	4	5
1.1. Рівень кваліфікації	2.1. Можливість вибору лікаря	3.1. Відсутність черг на прийом до лікаря, здачу аналізів	4.1. Приязне ставлення з боку медперсоналу	5.1. Престиж лікувального закладу
1.2. Практичний досвід	2.2. Зручна локалізація приймального відділення	3.2. Можливість попереднього запису на прийом і лабораторне дослідження	4.2. Знання кількох мов	5.2. Зовнішній вигляд лікувального закладу
1.3. Здатність адекватно реагувати в екстремальних ситуаціях	2.3. Належне трактування медперсоналом своїх пацієнтів незалежно від попереднього діагнозу	3.3. Забезпеченість відділень засобами зв'язку	4.3. Готовність медперсоналу до надання меддопомоги	5.3. Наявність нагород, визнань
1.4. Вміння правильно обрати методику лікування	2.4. Можливість виклику лікаря на консультацію додому	3.4. Швидкість обслуговування пацієнта	4.4. Вміння надати інформацію в повному обсязі	5.4. Обсяг спектру надання послуг
1.5. Професійна етика		3.5. Можливість отримання консультації різнопрофільних фахівців	4.5. Наявність веб-ресурсу у лікувального закладу	5.5. Забезпеченість сучасним медобладнанням
1.6. Рівень особистої культури		3.6. Задоволеність очікувань пацієнта	4.6. Наявність зворотного зв'язку між пацієнтами та медичним закладом	
1.7. Розуміння потреб пацієнтів		3.7. Повнота поінформованості клієнта	4.7. Наявність місця для паркування	
1.8. Мінімізація ризику для клієнта				

Для числової оцінки якості наданих медичних послуг необхідно сформулювати критерії, які є найбільш значущими, а також визначити їхню вагу в загальній оцінці. Усі наведені в таблиці 3.4 критерії поділено на п'ять груп за ознаками схожості й спрямованості:

1. Професійні критерії – визначають здатність лікаря (медичного персоналу, що проводить лікування) надавати адекватну медичну допомогу та підтверджують рівень його кваліфікації. Числова оцінка зазначеної групи повинна проводитися фахівцями в даній галузі.

2. Критерії доступності медичних послуг – група, що характеризує легкість і простоту «доступу» пацієнтів до отримання необхідних медичних послуг. Оцінювання цих критеріїв повинно проводитися працівниками лікувального закладу.

3. Критерії обслуговування – критерії, які визначають рівень обслуговування пацієнтів. Оцінка цих критеріїв повинна надаватися безпосередньо самими пацієнтами під час або ж безпосередньо після отримання медичних послуг.

4. Комунікативні критерії – група, що характеризує, як правило, аспекти ознайомлення з лікувальним закладом, обраними методиками лікування, комунікабельністю медичних працівників тощо. Оцінка наведених критеріїв проводиться пацієнтами.

5. Критерії престижності лікувального закладу – критерії, що формують імідж закладу, рівень його визнання серед інших установ аналогічного профілю, є доказом інноваційності і сучасності лікарні. Визначаються працівниками лікувального закладу, оскільки лише вони володіють указаною інформацією.

У таблиці 3.4 в різних групах наведено різну кількість критеріїв. При необхідності їх можна збільшувати або ж, навпаки, зменшувати, враховувати специфічні вимоги і аспекти діяльності лікувального закладу, особливості надання певних видів медичної допомоги. Для оцінки якості надання медичних послуг їх можна використовувати комплексно або вибірково.

Першим етапом отримання числової оцінки якості надання медичних послуг є проведення ранжування наведених у таблиці 3.4 критеріїв. Причому тут потрібно визначати як ранг окремого критерію в середині групи, так і самої групи критеріїв загалом.

На основі аналізу наукової літератури, публікацій в електронних і друкованих засобах масової інформації, а також практичного досвіду нами сформовано матрицю вагових коефіцієнтів запропонованих критеріїв:

1. 50%	2. 20%	3. 10%	4. 10%	5. 10%
1.1. 40%	2.1. 50%	3.1. 20%	4.1. 20%	5.1. 25%
1.2. 30%	2.2. 10%	3.2. 20%	4.2. 10%	5.2. 15%
1.3. 5%	2.3. 20%	3.3. 10%	4.3. 20%	5.3. 20%
1.4. 5%	2.4. 20%	3.4. 20%	4.4. 20%	5.4. 15%
1.5. 4%		3.5. 10%	4.5. 15%	5.5. 25%
1.6. 5%		3.6. 10%	4.6. 10%	
1.7. 6%		3.7. 10%	4.7. 5%	
1.8. 5%				

(3.1)

У наведеній матриці (3.1) вагових коефіцієнтів критеріїв (рангів) використовується $i = 5$ груп, а в межах групи j критеріїв (відповідно 8, 4, 7, 7 і 5). Тут варто відзначити, що при присвоєнні вагових коефіцієнтів M_i та $M_{i,j}$ потрібно дотримуватися рівностей:

$$\sum_{j=1}^m M_{i,j} = 100\% , \quad \sum_{i=1}^n M_i = 100\% , \quad (3.2)$$

де n – кількість груп критеріїв;

m – кількість критеріїв у межах групи;

i – номер групи критеріїв;

j – номер критерію в межах групи.

Якщо потрібно змінити кількість груп критеріїв або ж кількість критеріїв у межах групи, відповідно, потрібно змінити і вагові коефіцієнти M_i та $M_{i,j}$ для збереження рівнянь (3.2).

Наступним етапом отримання числової оцінки якості медичних послуг є присвоєння кожному критерієві власної оцінки K за певною шкалою. Найбільш оптимальна для застосування і подальшої математичної обробки десятибальна шкала. Максимальне значення «10» за цією шкалою присвоюється критеріям, які

повністю виконуються/забезпечуються лікувальним закладом, а мінімальне значення «0» тоді, коли критерій не дотримується.

Присвоєння числових оцінок критеріям, а також визначення їх вагових коефіцієнтів найбільш доцільно проводити за допомогою методу експертних оцінок. У цьому випадку роль експертів можуть виконувати різні групи людей, залежно від критеріїв, що оцінюються:

- медичні працівники, персонал з обслуговування безпосередньо лікувального закладу, який проводить лікування;
- медичні працівники, персонал з обслуговування споріднених лікувальних закладів, спеціально запрошені для незалежного оцінювання;
- безпосередньо пацієнти лікувального закладу;
- сторонні особи-фахівці в галузі функціонування медичних закладів.

Визначення числової оцінки групи критеріїв необхідно проводити з урахуванням оцінок $K_{i,j}$ у межах групи i і їх вагових коефіцієнтів $M_{i,j}$, використовуючи при цьому формулу:

$$K_i = \sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j}) \quad (3.3)$$

Розрахувавши за формулою (3.3) числову оцінку кожної групи критеріїв, можна визначити загальну якість Q надання медичних послуг. При цьому слід користуватися залежністю:

$$Q_i = \sum_{i=1}^n \left(\frac{K_i}{10} \cdot M_i \right) \quad (3.4)$$

або з урахуванням формули (3.3)

$$Q = \sum_{i=1}^m \left(\frac{\sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right). \quad (3.5)$$

Використання формули (3.5) при великій кількості критеріїв (наприклад, тих, які запропоновано в таблиці 3.4) передбачає виконання одноманітних повторюваних розрахунків. Спрощення зазначених математичних операцій можна досягнути за рахунок використання як спеціалізованих, так і стандартних математичних програм. Кращим у такому випадку є використання стандартного табличного редактора Microsoft Excel, але найбільш оптимальним варіантом є автоматизована обробка даних за допомогою спеціальних програм медичної інформаційної системи.

Підкреслимо також, що розраховане значення Q якості медичних послуг при обраних межах вагових коефіцієнтів M_i та $M_{i,j}$ і десятибальній шкалі оцінювання завжди задовольнятиме нерівності:

$$0 \leq Q \leq 1 \text{ або } 0 \leq Q \leq 100\%. \quad (3.6)$$

Враховуючи вище наведені формули від (3.2) до (3.6), можна записати узагальнену математичну модель для визначення якості надання медичних послуг [32]:

$$\left\{ \begin{array}{l} Q = \sum_{i=1}^n \left(\frac{K_i}{10} \cdot M_i \right) = \sum_{i=1}^n \left(\frac{\sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right); \\ \sum_{i=1}^n M_i = 100\%; \\ \sum_{j=1}^m M_{i,j} = 100\%; \\ 0 \leq Q \leq 1, 0 \leq Q \leq 100\%, \end{array} \right. \quad (3.7)$$

де Q – якість надання медичних послуг; K_i , $K_{i,j}$ – числові оцінки групи критеріїв і критеріїв у групі відповідно; M_i , $M_{i,j}$ – вагові коефіцієнти групи критеріїв і критеріїв у межах групи відповідно; n – кількість груп критеріїв; m – кількість критеріїв у межах групи; i – номер групи критеріїв; j – номер критерію в межах групи.

Підсумовуючи усе вище наведене, можна запропонувати узагальнену методику розрахунку якості надання медичних послуг:

1) встановлення критеріїв для оцінки якості надання медичних послуг та їх поділ на групи за ознакою спорідненості;

2) проведення ранжування критеріїв (присвоєння вагових коефіцієнтів) у межах групи і самих груп загалом. Ранжування необхідно проводити з дотриманням рівностей (3.2);

3) надання критеріям числових оцінок за десятибальною шкалою. Присвоєння критеріям оцінок, а також і вагових коефіцієнтів, що здійснюється за допомогою методу експертних оцінок;

4) визначення числових оцінок груп критеріїв на основі залежності (3.5);

5) розрахунок якості надання медичних послуг за формулою (3.4);

6) проведення аналізу отриманого розрахункового значення, формулювання висновків та можливих організаційних кроків для його підвищення.

Проілюструємо визначення якості медичних послуг, обравши довільне значення оцінок обраних критеріїв. Числові значення оцінок критеріїв у межах групи зображено у вигляді матриці:

1.	2.	3.	4.	5.
1.1. – 9	2.1. – 7	3.1. – 6	4.1. – 9	5.1. – 8
1.2. – 9	2.2. – 6	3.2. – 6	4.2. – 5	5.2. – 7
1.3. – 8	2.3. – 9	3.3. – 8	4.3. – 9	5.3. – 5
1.4. – 10	2.4. – 6	3.4. – 7	4.4. – 8	5.4. – 9
1.5. – 10		3.5. – 7	4.5. – 4	5.5. – 7
1.6. – 9		3.6. – 7	4.6. – 7	
1.7. – 9		3.7. – 7	4.7. – 4	
1.8. – 9				

(3.8)

З урахуванням вихідних даних у формі матриць вагових коефіцієнтів (3.1) і числових значень критеріїв у межах групи (3.8) в редакторі MS Excel розроблена таблиця (див. додаток К, рис. К.1), яка дозволяє автоматизувати процес розрахунку якості надання медичних послуг за математичною моделлю (3.7).

Поряд з використанням програми MS Excel виконання автоматизованих розрахунків для зазначеного алгоритму має цілу низку переваг:

- можливість внесення коректив у довільні числові значення вихідних даних з автоматичним перерахунком кінцевого результату;
- при необхідності можна змінювати кількість критеріїв чи груп критеріїв без суттєвої зміни структури таблиці і розрахункових формул;
- можливість створення декількох таблиць для окремого визначення якості надання різних медичних послуг із подальшим визначенням кінцевого результату з допомогою функцій консолідації даних.

У розглянутому прикладі отримано результат якості надання медичних послуг $Q = 80,45\%$. При реальних розрахунках указане числове значення може коливатися, залежно від обраних критеріїв та їх числових характеристик. Проведений аналіз наукової літератури дозволив встановити шкалу лінгвістичної оцінки отриманого числового значення якості:

- $Q > 90$ – відмінна;
- $85 \leq Q < 90$ – дуже добра;
- $80 \leq Q < 85$ – добра;
- $75 \leq Q < 80$ – прийнятна (достатня);
- $Q < 75$ – недостатня.

Значення з поданого діапазону потребує негайного реагування, спрямованого на пошук причин низької якості та можливості її підвищення.

Таким чином, основні перспективи розвитку системи індикаторів якості медичної допомоги в Україні пов'язані зі створенням і розвитком загальнодержавних баз даних та інформаційних технологій, із вдосконаленням засобів автоматизованої обробки електронної інформації та системним покращанням якості та повноти медичної інформації. Результатом має бути всебічне охоплення та висвітлення за допомогою індикаторів всіх етапів запровадження стандартів структури, процесу та результатів медичної допомоги з метою безперервного підвищення якості медичної допомоги населенню.

Висновки до розділу 3

Для забезпечення необхідного рівня якості і доступності медичних послуг, з врахуванням результатів проведеного аналізу в рамках даного дослідження, розроблено пропозиції щодо вдосконалення управління якістю медичних послуг з застосуванням інструментів моніторингу, оцінки і прийняття управлінського рішення на основі сучасних медично-інформаційних технологій в діяльності КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», які полягають у такому:

1) послідовне вивчення та обґрунтування методичних підходів щодо розробки системи інформаційного забезпечення управління якістю медичної допомоги на базі автоматизованих інформаційно-технічних комплексів управління закладом охорони здоров'я:

– встановлено цільове призначення та основні переваги впровадження електронної медичної інформаційної системи (МІС);

– представлено загальні положення щодо створення інформаційної системи моніторингу якості лікувально-діагностичного процесу з метою забезпечення дотримання лікарями медичних стандартів (клінічних протоколів, формулярів лікарських засобів, клінічних маршрутів пацієнта), підтримки процесу прийняття і реалізації управлінських рішень з поліпшення якості та збереження інформації в межах автоматизованої системи;

– визначено функціональну структуру інформаційної системи (підсистема збору та зберігання даних / інформації про лікувально-діагностичний процес, підсистема розрахунку відхилень реального лікувально-діагностичного процесу від клінічного протоколу у «ключових точках», підсистема бази даних та підсистема інформаційної підтримки довідників, а також класифікаторів хвороб);

– представлено алгоритм дій користувачів автоматизованої інформаційної системи з моніторингу якості лікувально-діагностичного процесу (на базі створюваних автоматизованих робочих місць – АРМ лікарів);

2) розробка пропозиції з впровадження системи менеджменту якості в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» на основі стандартизації процесів надання медичної допомоги:

– визначено концептуальні положення та переваги застосування методології управління (менеджменту) процесом забезпечення якості медичної допомоги, що базується на впровадженні вимог ДСТУ ISO 9001 «Система управління якістю. Вимоги» (версія 2015 року);

– запропоновано використання процесного підходу в системі управління якістю медичної допомоги (послуги), поєднаний із циклом PDCA (цикл Демінга) і ризик-орієнтованим мисленням;

– представлено реалізацію процесного підходу в системі підтримки прийняття клінічних та економічних рішень в медичній організації (згідно методології PDCA), взаємодію процесів стаціонару в лікувальному закладі;

– визначено групи та види процесів в медичних організаціях;

– розроблено структурно-орієнтовану схему автоматизованої системи підтримки прийняття клінічних та економічних рішень в закладі охорони здоров'я з врахуванням вимог контролю якості процесів і продуктів в циклі управлінських заходів (цикл PDCA згідно з ДСТУ ISO 9001:2015);

– представлено план ефективного управління процесами стаціонару в закладі охорони здоров'я, що передбачає такі розділи: вимоги до входу і виходу процесу; види діяльності (підпроцеси) всередині процесів; призначення відповідальних менеджерів процесів (керуючих), навчених внутрішніх перевірок (аудиторів);

3) обґрунтування методичних підходів щодо розробки інформаційної бази індикаторів та критеріїв оцінки якості медичної допомоги (послуги) в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»:

– визначено цільове призначення індикаторів якості медичної допомоги (або клінічних індикаторів) – для керування процесом підвищення якості медичних послуг, що надаються, шляхом порівняння та встановлення стандартів, а також для оптимізації процесу підвищення якості медичних послуг на місцевому рівні;

– встановлено ключові аспекти застосування індикаторів якості медичної допомоги в МІС з метою забезпечення своєчасного збору, взаємодії і надійного порівняння даних у сфері охорони здоров'я, а також виявлення можливих проблем та/чи можливостей для підвищення якості обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування;

– використано при розробці індикаторів якості модель «Donabedian model», що розглядає якість медичної допомоги з позиції трьох її компонентів: процесу значення груп та видів процесів в організаціях із надання медичної допомоги; результату; структури;

– представлено послідовність та правила обчислення індикатора з наведенням прикладу визначення клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності лікувальних закладів кардіологічного профілю;

– побудовано схему визначення ключових точок для визначення індикаторів лікувально-діагностичного процесу в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»;

– доповнено модуль планових індикаторів якості МІС індикаторами структури та індикаторами процесу забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги, а також індикаторами результату якості стаціонарної медичної допомоги на спеціалізованому вторинному та третинному рівні її надання (див. додаток В.5);

– для числової оцінки рівня якості запропоновано матрицю критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»;

– розглянуто узагальнену методику розрахунку якості надання медичних послуг;

– з урахуванням вихідних даних у формі матриць вагових коефіцієнтів і числових значень критеріїв в редакторі MS Excel розроблено таблицю (див. рис. К.1), яка дозволяє автоматизувати процес розрахунку якості надання медичних послуг за математичною моделлю. Запропонована математична модель дозволить лікувальному закладу на підставі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг. На основі одержаних результатів управління не лише зможуть здійснювати локалізацію негативних впливів на якість, але й постійно підвищувати її рівень.

ВИСНОВКИ

В умовах сучасних змін системи України, охорона здоров'я повинна бути спрямована на трансформацію державно-управлінських функцій. Критерієм визначення успішності досягнення цієї цілі буде ефективність і якість надання медичної допомоги населенню. Сучасне управління охорони здоров'я означає, що галузь повинна бути перебудована таким чином, щоб відповідати основним критеріям раціональності дій, ефективності для забезпечення необхідного рівня якості і доступності медичних послуг. Цей процес був би неможливим без використання відповідних інформаційних інструментів забезпечення ефективного збору і розподілу даних із використанням новітніх технологій зв'язку.

Метою даної роботи являється дослідження основних теоретичних положень та розробка практичних рекомендацій з упровадження в діяльність лікувальних закладів охорони здоров'я інформаційних технологій як ключового чинника удосконалення управління якістю медичних послуг.

У результаті проведених досліджень були виявлені найбільш характерні особливості надання медичної допомоги та медичної послуги для пацієнтів (клієнтів чи споживачів) медичної сфери при формуванні ринку медичних послуг в Україні. Діяльність щодо створення продукту (медична послуга як специфічний продукт праці) характеризується двоїстістю і її виділення з медичного та економічного боку необхідне для чіткого визначення меж платності і регулювання поведінки суб'єктів у лікувально-діагностичному процесі (ЛПП) медичних установ.

Об'єкт дослідження: система управління якістю медичних послуг підприємства КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ». Предмет дослідження: система управління якістю медичних послуг в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»; складові ефективності впровадження та функціонування медичних інформаційних систем; медико-технологічне та методичне забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги.

КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» є лікарняним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги

вторинної та третинної високоспеціалізованої медичної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями в системі охорони здоров'я України та організаційно-методичним центром із керівництва системою кардіологічної допомоги населенню адміністративно-територіальної одиниці.

В кардіоцентрі функціонують 5 стаціонарних відділень на 210 ліжок, з них 60 ліжок інфарктного відділення з палатою інтенсивної терапії на 8 ліжок, та 3 кардіологічні на 130 ліжок, відділення інтервенційної радіології на 20 ліжок. Працюють відділення функціональної діагностики, диспансерне відділення, клініко-діагностична лабораторія, кабінет рентгеноопераційної та інші підрозділи.

Метою діяльності центру є забезпечення в повному обсязі висококваліфікованої і спеціалізованої стаціонарної та консультативно-діагностичної допомоги населенню. Центр співпрацює з науковими та науководослідними установами охорони здоров'я, медичними товариствами, приймає участь у науково-практичних семінарах, конференціях, організовує та проводить курси підвищення кваліфікації і стажування лікарів на базі центру.

Проведений аналіз діяльності КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» за основними економічними показниками надання медичної допомоги і медичних послуг та показниками медико-технологічного забезпечення роботи лікувального закладу у 2017-2019 роках дозволив зробити наступні висновки:

1) протягом останніх років відмічалось недовиконання річного бюджету, однак абсолютні значення річного бюджету медичної організації значно зросли (на 24,16 %), і у 2019 році цей показник дорівнював 68 106,3 тис.грн;

2) кількість штатних працівників за аналізований період зросла до 568 чол. (або на 94 чол.), що становить 19,8 % приросту медперсоналу кардіоцентру; низька укомплектованість стаціонару терапевтами і хірургами при високому коефіцієнті сумісництва негативно позначається на якості наданої медичної допомоги населенню; укомплектованість штатних посад молодшого медичного персоналу із медичною освітою також є нижчою за потреби (93,97 % у 2019 році);

3) показник середньорічної зайнятості ліжка на рік по стаціонару знизився з 97,3 % до 92,25 %, але інфарктні та кардіологічні ліжка постійно працювали з

перевантаженням (відповідно 103,7 % та 114,6 %); середня тривалість перебування хворого на ліжку в цілому по стаціонару скоротилась за останні три роки з 11,1 днів до 10,3 дні, що також може негативно на якість медичної допомоги;

4) лікарняна летальність зростала протягом останніх років: з 2,0 % до 2,18 %; найбільш висока летальність відмічається у інфарктному відділенні – до 9,7 % (у 2018 році), в інших відділеннях летальність складає не більше одного відсотка; відмічається збільшення випадків післяопераційної летальності на 0,22 %;

5) з 2017 року по 2019 рік фінансовий стан лікувального закладу залишався стабільним, супроводжуючись значним ростом активів (на 47,3 %) та власного капіталу (на 92,1 %); вартість капіталу (майна) підприємства збільшилася більше ніж у два рази (на 102,3 %); для проведення реорганізації кардіологічного центру у 2018 році отримано довгострокових запозичень в сумі 29 859 тис.грн;

б) аналіз фінансових результатів медичної організації вказує на позитивну динаміку основних показників фінансової діяльності: у 2017 році мало збиток у розмірі 1 661,66 тис.грн, але у 2018 році чистий прибуток зріс до 3 567 тис.грн, у 2019 році – до 4 125 тис.грн; зростання відбувалося за рахунок збільшення бюджетних асигнувань (на 24 %), доходів від надання послуг (виконання робіт) (на 179 %) та інших доходів (на 158 %); спостерігається перевищення темпів зростання чистого доходу (129,7 %) над темпами зростання собівартості продукції (109,2 %).

За результатами дослідження рівня організації контролю якості медичної допомоги та її інформаційно-технічного забезпечення зроблені наступні висновки:

1) виявлена слабка структурованість стратегічних і відповідних тактичних і оперативних цілей в сфері якості та напрямів діяльності з їх досягнення за компонентами якості, що призвело до дефіциту спеціальних функцій управління якістю. Проведення періодичного внутрішнього аудиту в стаціонарі дозволило зібрати об'єктивні дані щодо невідповідностей роботи закладу згідно вимог ДСТУ ISO 9001:2015, які зустрічаються найчастіше. Обробка даних за допомогою методу Парето виявила, що найбільш проблемними зонами є такі розділи стандарту, як: система управління якістю; вимірювання, аналізування та поліпшення якості наданих медичних послуг;

2) встановлено, що в запровадженій системі не відбулось адекватної зміни організаційної структури, спроможної виконувати завдання з забезпечення та поліпшення якості. Зміщення акценту у галузевих нормативно-правових документах на провідну роль медичної ради в управлінні якістю медичної допомоги призвело до недооцінки позиції керівника закладу охорони здоров'я як лідера у організації діяльності у сфері якості. Підходи до управління якістю ґрунтувались на обмеженому переліку функцій – координації і контролю якості. Не відбулось і очікуваного залучення співробітників до управління якістю. Потенціал існуючих матричних структур – численних комісій – не переорієнтовано на виконання функціональних завдань в сфері якості;

3) незважаючи на підвищену увагу до функції контролю якості, система зворотного зв'язку для інформаційного забезпечення прийняття управлінських рішень з поліпшення якості виявилась недосконалою в частині моніторингу та оцінки якості медичної допомоги з урахуванням її компонентів як за клінічними, так і за організаційними індикаторами;

4) отримані результати засвідчили відсутність адекватних потребам пацієнтів і нормативно-правовим вимогам елементів системи управління якістю в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», спроможних досягти визначених цілей і виконувати завдання з надання якісної медичної допомоги населенню;

5) дослідження рівня організації контролю якості медичної допомоги та її інформаційного забезпечення було доповнено результатами експертної самооцінки існуючої системи управління якістю, що засвідчили загалом середній рівень оцінок, наданих експертами.

Результати дослідження організації контролю якості надання медичної допомоги та її інформаційно-технічного забезпечення, а також проведена самооцінка системи управління якістю дозволили виявити окремі напрямки вдосконалення управління якістю медичних послуг в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ».

Для забезпечення необхідного рівня якості і доступності медичних послуг, з врахуванням результатів проведеного аналізу в рамках даного дослідження, розроблено пропозиції щодо вдосконалення управління якістю медичних послуг з

застосуванням інструментів моніторингу, оцінки і прийняття управлінського рішення на основі сучасних медично-інформаційних технологій в діяльності КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ», які полягають у такому:

1) послідовне вивчення та обґрунтування методичних підходів щодо розробки системи інформаційного забезпечення управління якістю медичної допомоги на базі автоматизованих інформаційно-технічних комплексів управління закладом охорони здоров'я:

– встановлено цільове призначення та основні переваги впровадження електронної медичної інформаційної системи (МІС);

– представлено загальні положення щодо створення інформаційної системи моніторингу якості лікувально-діагностичного процесу з метою забезпечення дотримання лікарями медичних стандартів (клінічних протоколів, формулярів лікарських засобів, клінічних маршрутів пацієнта), підтримки процесу прийняття і реалізації управлінських рішень з поліпшення якості та збереження інформації в межах автоматизованої системи;

– визначено функціональну структуру інформаційної системи (підсистема збору та зберігання даних / інформації про лікувально-діагностичний процес, підсистема розрахунку відхилень реального лікувально-діагностичного процесу від клінічного протоколу у «ключових точках», підсистема бази даних та підсистема інформаційної підтримки довідників, а також класифікаторів хвороб);

– представлено алгоритм дій користувачів автоматизованої інформаційної системи з моніторингу якості лікувально-діагностичного процесу (на базі створюваних автоматизованих робочих місць – АРМ лікарів);

2) розробка пропозиції з впровадження системи менеджменту якості в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ» на основі стандартизації процесів надання медичної допомоги:

– визначено концептуальні положення та переваги застосування методології управління (менеджменту) процесом забезпечення якості медичної допомоги, що базується на впровадженні вимог ДСТУ ISO 9001 «Система управління якістю. Вимоги» (версія 2015 року);

- запропоновано використання процесного підходу в системі управління якістю медичної допомоги (послуги), поєднаний із циклом PDCA (цикл Демінга) і ризик-орієнтованим мисленням;

- представлено реалізацію процесного підходу в системі підтримки прийняття клінічних та економічних рішень в медичній організації (згідно методології PDCA), взаємодію процесів стаціонару в лікувальному закладі;

- визначено групи та види процесів в медичних організаціях;

- розроблено структурно-орієнтовану схему автоматизованої системи підтримки прийняття клінічних та економічних рішень в закладі охорони здоров'я з врахуванням вимог контролю якості процесів і продуктів в циклі управлінських заходів (цикл PDCA згідно з ДСТУ ISO 9001:2015);

- представлено план ефективного управління процесами стаціонару в закладі охорони здоров'я;

3) обґрунтування методичних підходів щодо розробки інформаційної бази індикаторів та критеріїв оцінки якості медичної допомоги (послуги) в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»:

- визначено цільове призначення індикаторів якості медичної допомоги (або клінічних індикаторів) та встановлено ключові аспекти застосування індикаторів якості медичної допомоги в МІС з метою забезпечення своєчасного збору, взаємодії і надійного порівняння даних у сфері охорони здоров'я, а також виявлення можливих проблем та/чи можливостей для підвищення якості обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування;

- при розробці індикаторів якості використано модель «Donabedian model»;

- представлено послідовність та правила обчислення індикатора з наведенням прикладу визначення клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності лікувальних закладів кардіологічного профілю;

- побудовано схему визначення ключових точок для визначення індикаторів лікувально-діагностичного процесу в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»;

- доповнено модуль планових індикаторів якості МІС індикаторами структури та індикаторами процесу забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги, а

також індикаторами результату якості стаціонарної медичної допомоги на спеціалізованому вторинному та третинному рівні її надання;

- для числової оцінки рівня якості запропоновано матрицю критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг в КНП ЛОР «ЛОКЛДКЦ»;

- розглянуто узагальнену методику розрахунку якості надання медпослуг;

- з урахуванням вихідних даних у формі матриць вагових коефіцієнтів і числових значень критеріїв в редакторі MS Excel розроблено таблицю (див. рис. К.1), яка дозволяє автоматизувати процес розрахунку якості надання медичних послуг за математичною моделлю.

Результатом створенням і розвитком загальнодержавних баз даних та інформаційних технологій, із вдосконаленням засобів автоматизованої обробки електронної інформації та системним покращанням повноти медичної інформації має бути всебічне охоплення та висвітлення за допомогою індикаторів всіх етапів запровадження стандартів структури, процесу та результатів медичної допомоги з метою безперервного підвищення якості медичної допомоги населенню.

Підходи до побудови системи управління якістю у кожному закладі охорони здоров'я потребують унікальних, оригінальних рішень з актуалізацією творчого потенціалу керівника і усієї управлінської команди. В умовах низького залучення співробітників до управління якістю медичної допомоги, низького рівня їх мотивації до праці, обмеженого ресурсного забезпечення та традиційної ролі керівника лише як виконавця рішень вищого рівня управління такі завдання виявились достатньо складними. Їх вирішення потребують значної реорганізації існуючих підходів до управління закладом охорони здоров'я в частині вирішення завдань з надання якісної медичної допомоги населенню, в тому числі, з застосуванням сучасних інформаційних технологій.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/2801-12> (дата звернення: 01.11.2020).
2. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-19. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 01.11.2020).
3. Законопроект ВРУ «Про внесення змін до Конституції України щодо децентралізації влади». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/656-19> (дата звернення: 02.11.2020).
4. Наказ МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163 «Про управління якістю медичної допомоги» [Електронний документ]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html (дата звернення: 02.11.2020).
5. Наказ МОЗ України від 01. 08. 2011 № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html (дата звернення: 02.11.2020).
6. Наказ МОЗ України від 21.09.2012 № 732 «Про затвердження Плану заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120921_732.html (дата звернення: 03.11.2020).
7. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html (дата звернення: 03.11.2020).

8. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_752.html (дата звернення: 03.11.2020).

9. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування». – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 06.11.2020).

10. Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. №411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 15.11.2020).

11. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги [Електронний ресурс] / МОЗ України. – Офіц. вид. – К., 2013. – 795. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ). – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/ua/portal> (дата звернення: 15.11.2020).

12. Держспоживстандарт України. ДСТУ ІВА 1:2007. Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів у організаціях охорони здоров'я: (ІВА 1:2005, ІДТ), Київ, Україна, 2008.

13. Держспоживстандарт України. ДСТУ ISO 9001:2009. Системи управління якістю. Вимоги: (ISO 9001:2008, ІДТ); Київ, Україна, 2009.

14. КВЕД – класифікація видів економічної діяльності [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://kved.biz.ua> (дата звернення 10.10.2020).

15. Антонов С. В. Цивільно-правова відповідальність за заподіяння шкоди здоров'ю при наданні платних медичних послуг : автореф. дис. на здобуття ступеня канд. юрид. наук : 12.00.03 / С. В. Антонов. – Інститут держави і права ім. В. М. Корсцького НАН України. – К., 2006. – 20 с.

16. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник / О.В. Баєва. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.

17. Булеца С. Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми [Текст] :

автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.03 / Булеца Сібілла Богданівна ; Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.». – Одеса, 2016. – 45 с.

18. Бунова Е. В. Оценка эффективности внедрения информационных систем / Е. В. Бунова, О. С. Буслаева // Вестник Астраханского государственного университета. Серия: Управление, вычислительная техника и информатика. – 2012. – №1. – С. 158-163.

19. Гончарук В. Впроваджуємо стандарт ДСТУ ISO 9001:2009 в систему управління закладом охорони здоров'я // Практика управління медичним закладом. 2016. № 4. С. 76–85.

20. Горачук В. Досвід розробки та впровадження інформаційної системи моніторингу якості медичної допомоги / Вікторія Горачук, Ігнат Богатир // Медичний форум. – 2014. – № 2. – С. 55–59.

21. Deming W. Edwards. Out of the Crisis // MIT Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, MA: MIT, 1982.

22. EN 15224:2012 «Послуги в галузі охорони здоров'я. Системи управління якістю. Вимоги, що будуються на ISO 9001:2008». Якість медичної допомоги: вимоги українського законодавства // Практика управління медичним закладом. – 2015. – № 1 (спецвипуск). – С. 11–29.

23. Зіменковський А. Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні / А. Б. Зіменковський // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – № 2. – С. 42–45.

24. Касянчук В. В. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник / В. В. Касянчук, О. М. Бергілевич, О. І. Сміянова ; за ред. проф. В. А. Сміянова. – Суми : Сумський державний університет, 2019. – 246 с.

25. Конституція України: Офіц. текст: Коментар законодавства України про права та свободи людини і громадянина: Навч. посібник/ Авт.-упоряд. М.І. Хавронюк. - 2-е вид., перероб. і доп. – К.: Видавництво А.С.К., 2003. – 384 с.

26. Копняк К. В. Оцінювання ефективності впровадження медичних інформаційних систем / К. В. Копняк // Економіка і організація управління. - 2017. – Вип. 2. – С. 109-119. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eiou_2017_2_13 (дата звернення: 12.10.2020).

27. Лехан В. Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги / Валерія Лехан, Олег Зюков // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1 – 2. – С. 71–73.

28. Лехан В.М. Аналіз підходів підвищення ефективності використання ресурсів стаціонарів / В.М. Лехан, М.В. Павленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – Спец. вип. – 2012. – С. 62-63.

29. Лехан В.М. Вплив запровадження системи менеджменту якості згідно зі стандартами серії ISO на якість медичних втручань у стаціонарі / В.М. Лехан, М.В. Павленко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №4 (16). – С. 78-84.

30. Лехан В.М. Застосування сучасних фінансово-економічних механізмів у системі медичного обслуговування як спосіб підвищення доступності медичної допомоги / В.М. Лехан, М.В. Павленко, С.С. Росточило // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV. – №1. – С. 29-31.

31. Мачуга Н. З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я / Н. З. Мачуга // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 8. – С. 202.

32. Мачуга Н.З. Числова оцінка якості медичних послуг / Н.З. Мачуга // Вісник Тернопільського національного економічного ун-ту. – 2013. – № 3. – С. 52-61.

33. Медична реформа: відповіді на всі питання. Коли чекати змін. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://espreso.tv/.../2017/.../medychna_reforma_vidpovidi (дата звернення: 07.10.2020).

34. Михайлов С. В. Цивільно-правова відповідальність в сфері надання медичних послуг : автореф. дис. на здобуття ступеня канд. юрид. наук / С. В. Михайлов. – Національний університет внутрішніх справ. – Харків, 2010. – 17 с.

35. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.

36. Надюк З. О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні : монографія / З. О. Надюк. – Запоріжжя, 2008. – 296 с.
37. Надюк З. О. Державне регулювання ціноутворення на ринку медичних послуг в Україні / З. О. Надюк // Економіка та держава – 2008. – № 5. – С. 64 – 67.
38. Національна служба охорони здоров'я Великої Британії – National Health Service (NHS) Quality Improvement Scotland (QIS); <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/section1/clinicalindicators.asp> (дата звернення: 15.11.2020).
39. Огнєв В.А., Клименко В.І. Комплекс способів підвищення якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги: Методичні рекомендації / під ред. В.А. Огнєва, В.І. Клименко. – Київ: Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2015. – 38 с.
40. Онишко С. В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів / С. В. Онишко // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право) – 2011. – № 4(55). – С. 66 – 69.
41. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні / К. В. Павлюк // Фінанси України. – 2016. – №. 2. – С. 64-82.
42. Пасько М. І. Особливості надання медичної допомоги та медичної послуги в умовах формування ринку послуг // Глобальні та національні проблеми економіки. – 2017. – №15. – С. 117–121. – Режим доступу: <http://global-national.in.ua/issue-15-2017/23-vipusk-15-lyutij-2017-r/2742-pasko-i-osoblivosti-nadannya-medichnoji-dopomogi-ta-medichnoji-poslugi-v-umovakh-formuvannya-rinku-poslug> (дата звернення 16.10.2020).
43. Полубенцева Е. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации / Е. И. Полубенцева, Г. Э. Улумбекова, К. И. Сайткулов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 60 с.
44. Правовые критерии оценки качества медицинских услуг // Медицинское право. – 2010. – №4. – С. 22–26.

45. Прасов О.О., Стеценко С.Г. Право людини на медичну допомогу та прокурорські засоби його захисту в Україні: Навчальний посібник. – [за заг. ред. С. Г. Стеценка]. – К., 2010. – 149 с.

46. Сироткина А. А. Договор оказания медицинских услуг: особенности правового регулирования : монография / А. А. Сироткина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 173 с.

47. Смотров О. І. Договір щодо платного надання медичних послуг : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук / О. І. Смотров. – Національний університет внутрішніх справ. – Харків, 2003. – 18 с.

48. Stabryła A. Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce firmy, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 2000.

49. Тихомиров А. В. Медицинское право : Практическое пособие. / А. В. Тихомиров. – М. : Статут, 1998. – 418 с.

50. Уваренко А.Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та галузевої інноваційної політики: монографія / А.Р. Уваренко. – Житомир: Полісся, 2005. – 188 с.

51. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти / О.В. Чехун // Часопис Київського університету права. – 2010. – № 2. – С. 213-216.