

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНИЙ ЦЕНТР ЗАОЧНО-ДИСТАНЦІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра економіки, менеджменту та адміністрування

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра

Освітній рівень

на тему: «Управління якістю надання медичної допомоги (на прикладі КП
«Хмельницький міський центр ПМСД №2», м. Хмельницький)»

| | |
|------------------|--|
| Галузь знань | <u>07 Управління та адміністрування</u> Шифр і назва галузі знань |
| Спеціальність | <u>073 Менеджмент</u> Шифр і назва спеціальності |
| Освітня програма | <u>Бізнес-адміністрування</u> Шифр і назва спеціальності |

ДРБА. 013354.00.00.ПЗ

Виконав: студент 2 курсу група МО(в,мб)з –2 _____ ---- К.О. Мігаль
Підпис Ініціали, прізвище

Керівник
канд.економ.наук, доц. _____ А. М. Гончарук
Підпис, дата Ініціали, прізвище

Нормоконтролер
_____ О.М.Косіюк
Підпис, дата Ініціали, прізвище

До захисту допускаю:

Завідувач кафедри

канд.економ.наук, проф. _____ Н. М. Тюріна
Підпис, дата Ініціали, прізвище

_____ 202__ р.

Хмельницький, 2020

Хмельницький національний університет

Факультет НЦЗДО

Кафедра Економіки, менеджменту та адміністрування

Освітній рівень магістр

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Шифр, назва

Спеціальність 073 «Менеджмент» ОП «Бізнес-адміністрування»

Шифр, назва спеціальності та освітньої програми

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри _____

« _____ » _____ 202 _____ р.

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ

Мігаль Катерина Олександрівна

Прізвище, ім'я, по батькові студента

1. Тема роботи Управління якістю надання медичної допомоги (на прикладі КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2», м. Хмельницький)-----

керівник роботи Гончарук А.М., к.е.н., доц.

Прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 01.09.2020р. №118 додаток 14-д

2. Строк подання студентом роботи на кафедру грудень 2020 року

3. Вихідні дані до роботи Закони України, нормативні акти щодо регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, наукові статті, монографії, підручники, навчальні посібники, ресурси мережі Інтернет з питань стратегічного управління якістю надання медичної допомоги

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): 1. Теоретико-методичні засади управління якістю надання медичної допомоги 2. Оцінка стану якості надання медичної допомоги та діяльності КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2» 3. Формування стратегії розвитку підприємства КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2»

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)

Таблиця – Принципи ідеології всебічного менеджменту якості; Рисунок - Етапи розвитку концепцій управління якістю; Таблиця – Визначення поняття «якість медичної допомоги»; Таблиця - Система методів та інструментів покращення ЯМД; Рисунок - Результати опитування, проведеного Соціологічною групою «Рейтинг» протягом 24-25 квітня 2020 року; Таблиця - Основні показники діяльності та ресурсного забезпечення КП «ХМЦПМСД №2»; Таблиця - SWOT-аналіз КП «ХМЦПМСД №2»; Рисунок - Оцінка рівня задоволеності якістю

надання медичної допомоги в КП «ХМЦПМСД №2»; Таблиця– Стейкхолдери поліпшення якості надання медичної допомоги КП «ХМЦПМСД №2»; Рисунок - Формування політики КП «ХМЦПМСД №2» в сфері якості; Таблиця - Порядок нарахування балів за досягнутий рівень індикаторів якості для практик КП «ХМЦПМСД №2»; Рисунок - Клінічний маршрут дорослого пацієнта з кашлем; Рисунок – Клінічний маршрут пацієнта, який відповідає визначенню випадку COVID-19 (первинна ланка)

6. Консультанти розділів дипломної роботи:

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
|-------------|---|----------------|------------------|
| | | Завдання видав | Завдання прийняв |
| Теоретичний | Гончарук А.М. | | |
| Аналітичний | Гончарук А.М. | | |
| Проектний | Гончарук А.М. | | |
| | | | |

7. Дата видачі завдання 05.09.2020

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів (розділів) дипломної роботи | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
|-------|--|-------------------------------|----------|
| 1. | Отримання завдання на дипломну роботу | Вересень 2020 | |
| 2. | Підбір та опрацювання наукової літератури, аналіз звітності підприємства | Вересень 2020 | |
| 3. | Підготовка плану виконання дипломної роботи | Вересень 2020 | |
| 4. | Підготовка теоретичного розділу дипломної роботи | Жовтень 2020 | |
| 5. | Підготовка аналітичного розділу дипломної роботи | Листопад 2020 | |
| 6. | Підготовка проектного розділу дипломної роботи | Листопад 2020 | |
| 7. | Підготовка вступу, висновків | Грудень 2020 | |
| 8. | Проходження нормоконтролю | Грудень 2020 | |
| 9. | Попередній захист дипломної роботи | Грудень 2020 | |
| 10. | Виправлення зауважень | Грудень 2020 | |
| 11. | Захист дипломної роботи | Грудень 2020 | |

Студент

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник роботи

Підпис

Ініціали, прізвище

АНОТАЦІЯ

Мігаль К.О. Управління якістю надання медичної допомоги (на прикладі КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2», м. Хмельницький). Керівник роботи – к.е.н., доцент кафедри ЕМА Гончарук А.М. Дипломна робота магістра: 127 с., 36 рисунків, 21 таблиця, 57 джерел посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, СИСТЕМА, ЕФЕКТИВНІСТЬ, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, МЕНЕДЖМЕНТ ЯКОСТІ, КОНЦЕПЦІЯ УПРАВЛІННЯ.

Досліджено теоретико-методичні засади управління якістю надання медичної допомоги. Розглянуто еволюцію менеджменту якості. Визначено особливості розуміння категорії якості в охороні здоров'я, зосереджено увагу на її медичних, соціальних та економічних аспектах. Проаналізовано методи та інструменти оцінювання якості надання медичної допомоги.

Здійснено оцінку стану та проблем якості надання медичної допомоги в Україні. Виконано аналіз основних показників діяльності КП«ХМЦПМСД №2». Оцінка рівня задоволеності якістю надання медичної допомоги КП «ХМЦПМСД №2».

Розроблено напрямки удосконалення системи управління якістю надання медичної допомоги КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2». Надано рекомендації щодо розробки системи оцінювання якості медичної допомоги КП«ХМЦПМСД №2». Розглянуто можливість застосування інформаційних технологій для оцінювання якості обслуговування в амбулаторіях КП «ХМЦПМСД №2». Визначено напрямки удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб в діяльності КП «ХМЦПМСД №2».

ВСТУП

Категорія якості тісно пов'язана зі здоров'ям людини, яке посідає пріоритетне місце серед людських потреб, зокрема, потреб у медичній допомозі.

Заклад охорони здоров'я має нести відповідальність перед суспільством за надані медичні послуги і їх якість, оскільки він є організацією, що надає суспільно значущі послуги.

Постійне зростання витрат на охорону здоров'я, які пов'язані з появою нових медичних технологій і ліків, змінами в структурі захворюваності та демографічними проблемами, є загальною тенденцією для розвинених країн світу [1]. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує витратити на охорону здоров'я населення не менше 6–6,5% від валового внутрішнього продукту [2]. Проте жодна з країн світу не може нескінченно збільшувати свої витрати на охорону здоров'я для забезпечення будь-яких можливих варіантів надання медичної допомоги. Для усунення диспропорції між наявними варіантами лікування і обмеженими економічними можливостями системи охорони здоров'я все більше уваги приділяють ефективності медичної допомоги і витрат на неї.

При цьому найважливішою тенденцією розвитку системи охорони здоров'я економічно розвинених країн є зміщення пріоритету від максимальної економії витрат при наданні медичної допомоги до максимальної ефективності використання задіяних ресурсів [6, 7].

Такий підхід актуальний і для медичної галузі України, яка має з одного боку обмежені бюджетні кошти, а з іншого досить різноманітну матеріально-технічну базу та кваліфікований персонал [1, 8]. Сьогодні основною умовою виживання медичного закладу виступає якісне, на сучасному науково-клінічному рівні медичне обслуговування. Пацієнт є основною метою діяльності установи.

Якість медичної допомоги – це не тільки одна із важливих, але і одна із важко вирішуваних проблем охорони здоров'я, оскільки перебуває на межі реальних можливостей галузі і випереджаючого рівня вимог населення до системи, покликаної гарантувати збереження найбільш значущої людської

цінності – здоров'я.

Проблеми якості медичної допомоги мають об'єктивні причини, серед яких основними є подорожчання і ускладнення лікування, старіння населення, зростання частки хронічних захворювань, неефективні методи управління процесами ведення хворих, збільшення обсягу медичної інформації, низькі темпи інформатизації і комп'ютеризації лікувальних закладів. Всі ці проблеми ще більш загострилися пандемією COVID-19.

Актуальність теми дипломної роботи зумовлена необхідністю удосконалення якості медичної допомоги, що надається населенню, у зв'язку зі стійким погіршенням здоров'я населення України та обмеженим фінансуванням галузі охорони здоров'я.

Викладені обставини зумовили мету дипломної роботи: розвиток теоретичних та організаційно-методичних підходів, визначення напрямків та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління якістю надання медичної допомоги в сучасних умовах.

Для досягнення цієї мети в роботі сформульовано та вирішено такі основні завдання:

- систематизація та узагальнення теоретико-методологічних аспектів управління якістю надання медичної допомоги;
- аналіз стану та проблеми якості медичної допомоги в Україні;
- аналіз результатів діяльності КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2»;
- оцінка якості надання медичної допомоги в КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2»;
- розробка теоретичних, організаційних та практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління якістю надання медичної допомоги в КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2».

Об'єкт дослідження – система якості медичної допомоги.

В межах об'єкту визначено предмет дослідження – теоретико-методичні та прикладні аспекти управління якістю надання медичної допомоги в КП

«Хмельницький міський центр ПМСД №2».

Методи дослідження: історичний, медико-соціологічний, системного аналізу, фінансовий аналіз та ін. методи.

Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (57 найменувань) та 4 додатки. Загальний обсяг магістерської роботи – 127 сторінок комп'ютерного тексту, містить 21 таблицю і 36 рисунків.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1 Еволюція менеджменту якості

Концептуальні підходи до управління якістю в медичній діяльності запозичені зі сфери товарного виробництва. Переосмислення хронології розвитку подій науково-технічної революції та еволюції загального менеджменту дасть змогу, на нашу думку, оцінити правильність вибору напрямку управління якістю медичної допомоги в умовах сучасної України.

Вважають, що сутність поняття «якість» ще в III столітті до нашої ери розглядалась Арістотелем як філософська категорія, що дозволило відрізнити предмети один від одного і розподіляти їх за ознаками «гарні» – «погані». Гегель (XIX ст.) пояснював якість як рухому категорію, яка надає речам певну визначеність, неповторність, і тісно пов'язана з їх кількістю. За китайською версією, поняття якості тотожне сумі двох елементів: рівноваги і грошей, а відомі дослідники якості минулого століття – В. Шухарт, К. Ісікава і Дж. М. Джуран – основною характеристикою якості визнавали її здатність задовольняти потреби споживачів [9, 10, 11].

В історії менеджменту якості товарів і послуг дослідники [10;11] виділяють декілька етапів, які послідовно змінювалися відповідно до змін концепцій управління. З часом форми і способи управління якістю набули концептуального змісту, а теоретико-методологічні підходи стосовно управління якістю поступово сформувались у вигляді концепцій.

На основі узагальнення, систематизації та аналізу підходів до періодизації і вивчення концепцій управління якістю нами встановлено основні тенденції та закономірності їх розвитку.

На початку XX ст. концепція забезпечення якості полягала у контролі готової продукції. Таким чином, браковані вироби відмежовувались від споживача. З початком індустріальної революції та конвеєрного виробництва

(1900–1920 рр.) поява першої науково обґрунтованої системи менеджменту організації в авторстві американського вченого, інженера і менеджера Ф.У. Тейлора (1911 р.) привела до запровадження технічних вимог до якості готових виробів у вигляді шаблонів, які називались прохідними і непрохідними калібрами, посад перших професіоналів з якості – контролерів, які поступово організувались в окрему виробничу одиницю – відділ контролю [9]. У рамках цієї концепції підвищення якості супроводжувалося зростанням затрат на її забезпечення. Отже, цілі зростання ефективності виробництва і підвищення якості продукції вступали в протиріччя між собою.

Необхідність вирішення проблем випуску промислової продукції в збільшених обсягах і належної якості, переважно для військових потреб у роки другої світової війни, обумовила формування наступної концепції (1940–1950 рр.), якою передбачалось зміщення акцентів з контролю якості готової продукції на контроль операцій технологічного процесу її виготовлення. В рамках нової концепції випуск якісної продукції досягався через впровадження статистичних методів контролю технологічного процесу, започаткованих В. Шухартом ще у 1924 р., а в подальшому – вибіркового методу статистичного контролю якості виробів, запропонованих Г. Доджем і Г. Ромінгом. На підприємствах створювались аудиторські служби з якості, які, на відміну від відділів технічного контролю, займалися не вибірковою готовою продукцією, а статистичним контролем якості невеликих вибірок з партій товарів у процесі їх виготовлення [11].

Прискорення науково-технічного прогресу у 50–60-і роки обумовило розвиток автоматизації виробництва і ускладнення характеристик продукції, що потребувало забезпечення якості виробів ще до початку їх виготовлення. За таких умов виникла необхідність як організаційного забезпечення якості, так і, головне, визначення ролі вищого керівництва у її досягненні, що знайшло своє відображення в концепції менеджменту якості, розробленої послідовниками В. Шухарта – Е. Демінгом і Дж. М. Джураном. Концепція базувалася на обґрунтуванні переходу від контролю якості до побудови системи управління

нею. Ідея стратегічного управління якістю належить Дж. М. Джурану, який у 1951 р. запропонував три його аспекти: планування якості (вибір цільового ринку, визначення його потреб, розробка продукту, який відповідає потребам ринку), управління якістю (реалізація виробничого процесу, перевірка відповідності характеристик продукту на стадії його виготовлення запланованим), поліпшення якості (оптимізація розробленого виробничого процесу і продукту) [15, 16].

Цикл Демінга (цикл безперервних технологічних змін на основі статистичного контролю якості, постійного поліпшення конструкції продукту, вдосконаленні характеру послуг, введенні нових продуктів і функцій, а також нових технологій), запропонований Е. Демінгом через 20 років, здійснив переворот у підходах до забезпечення якості продукції від її відповідності шаблонам, нормам, специфікаціям до безперервного і нескінченного процесу поліпшення в рамках системи управління якістю.

Концепція тотального (комплексного) управління якістю – представлена американським вченим А. Фейгенбаумом у 1957 р. На його думку, до головних завдань з комплексного управління якістю слід віднести прогнозоване усунення потенційних невідповідностей продукції на стадії ще конструкторської розробки, перевірку якості комплектуючих і матеріалів, а також управління виробництвом, розвиток сервісної служби і нагляд за дотриманням відповідностей заданих вимог до якості у вигляді внутрішньо фірмових стандартів. А. Фейгенбаум звернув увагу на необхідність вивчення причин невідповідностей і вказав на значення обліку затрат на якість [17].

Зростання ролі охорони праці та безпеки експлуатації продукції, юридичної відповідальності за її якість, впровадження менеджменту якості у сфері послуг відбувається в період 1960-1980 рр. В ці ж часи запроваджуються сертифікати на системи, використовується координація діяльності з метою відвертання дефектів (система «нуль дефектів» Ф. Кросбі) [18], розпочинають роботу «гуртки якості» в Японії (К. Ісікава, 1962), стимулюється навчання усіх співробітників підприємств основним методам забезпечення якості з посиленням їх мотивації за високоякісну працю, приймаються міжнародні стандарти на системи управління якістю ISO

серії 9000 міжнародною організацією по стандартизації (1987 р.).

На зміну комплексному управлінню якістю прийшла сучасна передова концепція - загальний, всебічний менеджмент якості, яка обумовлює управління продукцією на всіх стадіях її життєвого циклу, актуалізує економічні аспекти якості [19, 20].

В основу ідеології всебічного менеджменту якості покладені вісім принципів (табл.1.1): орієнтація на замовника, лідерство, залучення працівників, процесний підхід, системний підхід до управління, постійне поліпшення, прийняття рішень на підставі фактів, взаємовигідні стосунки з постачальниками.

Таблиця 1.1 – Принципи ідеології всебічного менеджменту якості

| Принципи | Характеристика |
|--------------------------------|---|
| 1 | 2 |
| Орієнтація на замовника | Організації залежать від своїх замовників та інших зацікавлених сторін, тому мають розуміти і усвідомлювати усі поточні й майбутні їх потреби, виконувати вимоги та прагнути до перевищення їх очікувань, доводити ці потреби і очікування до усього персоналу, вимірювати задоволеність замовників і керувати взаємодією з ними. |
| Лідерство | Керівники встановлюють єдність призначення та напрямів діяльності організації. Їм треба створювати та підтримувати таке внутрішнє середовище, в якому працівники можуть бути цілком залучені до досягнення цілей, поставлених перед організацією. |
| Залучення працівників | Залучення працівників. Працівники на всіх рівнях становлять основу організації, і їх цілковите залучення дає змогу використовувати їх здібності на користь організації. |
| Процесний підхід | Бажаного результату досягають ефективніше, якщо діяльністю та пов'язаними з нею ресурсами керують як процесом. |
| Системний підхід до управління | Визначання й розуміння взаємопов'язаних процесів та управління ними як системою сприяє організації результативно та ефективно досягати цілей. |
| Постійне поліпшення | Постійне поліпшення загальних показників діяльності організації слід вважати незмінною ціллю організації. Принцип вимагає формування потреби у кожного співробітника у постійному поліпшенні продукції (послуги), системи, процесів; періодичної оцінки відповідності встановленим критеріям досконалості для визначення сфери потенційного поліпшення; постійного підвищення ефективності усіх процесів, навчання кожного співробітника методам і засобам постійного поліпшення (на прикладі циклу Демінга). |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 |
|--|---|
| Прийняття рішень на підставі фактів | Ефективні рішення приймають на підставі результатів аналізу даних та інформації. Використання наведеного принципу потребує: вимірювання і збору даних та інформації, що стосуються завдання; забезпечення їх достовірності і точності; використання відповідних статистичних методів; прийняття рішень і виконання дій на основі балансу результатів аналізу фактів, досвіду та інтуїції. |
| Взаємовигідні стосунки з постачальниками | Взаємовигідні стосунки з постачальниками. Організація та її постачальники (партнери) є взаємозалежними, а взаємовигідні стосунки, обмін інформацією та сумісна робота підвищують спроможність обох сторін створювати цінності, забезпечують чітке розуміння запитів споживача |

Ідеологія загального менеджменту якості заснована на принципі: поліпшенню якості немає меж. Концепція обумовлює управління продукцією і послугою на всіх стадіях її життєвого циклу, актуалізує економічні аспекти якості.

У 90-і роки ХХ століття посилювався вплив суспільства на підприємства, а вони, у свою чергу, почали все більше враховувати суспільні інтереси. Це зумовило розроблення міжнародних стандартів ISO серії 14000, які встановлювали вимоги до систем менеджменту з погляду захисту навколишнього середовища і безпеки продукції. Крім акценту на екологію у системах якості 90-х років ХХ століття було посилено увагу до зацікавлених сторін [12].

С.Д. Ільєнкова в історії розвитку документованих систем якості виділяє п'ять етапів, які представлено у вигляді п'яти зірок якості [13]. П'ять зірок якості практично відповідають п'яти фазам розвитку концепцій управління якістю, запропонованим І.І. Мазуром [12]. П'ята зірка якості, що представляє якість як задоволення вимог і потреб суспільства, власників (акціонерів), споживачів і службовців, є аналогічною фазі якості середовища.

Графічна інтерпретація основних етапів розвитку систем управління якістю у вигляді "5-ти зірок" якості наведена на рис. 1.1.

У цій класифікації, на думку вітчизняного вченого у галузі якості М.І. Шаповала, не відображено сучасний період розвитку управління якістю у

розвинутих країнах світу, тобто фаза якості життя. Метою цієї фази є не лише задоволення вимог і потреб суспільства, власників (акціонерів) підприємств, споживачів і персоналу організацій, а, в першу чергу, забезпечення високого рівня життя людей, завдяки досягненню синергічного ефекту у відносинах підприємств із зацікавленими сторонами (персоналом, акціонерами, споживачами та суспільством).



Рисунок 1.1 - "Зірка якості"

М.І. Шаповал виділяв шість етапів еволюції концепцій управління якістю [14]: індивідуальний контроль якості; цеховий контроль якості; приймальний контроль якості; статистичний контроль якості; комплексне управління якістю; забезпечення якості на базі стандартів ISO 9000 (табл.1.2).

Розроблена періодизація, є досить детальною, але поза увагою залишено декілька важливих етапів розвитку концепцій управління якістю, а саме: етап всеохоплюючого (загального) менеджменту якості та етап (фазу) якості життя. Виходячи із зазначеного, найбільш повною є видозмінена класифікація [15] періодів розвитку концепцій управління якістю (рис. 1.2).

Таблиця 1.2 – Етапи еволюції концепцій управління якістю [12, 14]

| Назва етапу | Характерні особливості |
|--|---|
| Етап 1. Індивідуальний контроль якості. | Характеризувався застосуванням індивідуального контролю якості, який використовували до кінця XIX ст. Відповідальність за виготовлення всього виробу покладалася на одного працівника, або ж невелику групу. Якість продукції забезпечувалася за допомогою повного контролю робітником якісних параметрів виробів та результатів своєї праці. Працівникам потрібно було виконувати роботу згідно із певною моделлю (шаблоном, кресленням тощо). |
| Етап 2. Цеховий контроль якості (застосовувався з початку XX ст.) | Характерною ознакою є розподіл функцій та відповідальності щодо якості не лише між окремими працівниками, але й керівником. Цеховий контроль здійснювався на основі принципів наукового менеджменту, автором яких був провідний американський вчений у сфері менеджменту Ф. Тейлор. |
| Етап 3. Приймальний контроль якості. | Розвиток масового виробництва, збільшення кількості промислових підприємств, нарощування обсягів виробництва продукції перед Другою світовою війною стали причиною відмежування технічного контролю, до моменту його оформлення у самостійний вид діяльності, від виробничих операцій, тобто забезпеченню якості виробничих процесів сприяли нові підходи щодо технічного контролю. |
| Етап 4. Статистичний контроль якості. | Концептуальними засадами є математична статистика та теорія ймовірності. Характерна ознака - заміна суцільного контролю вибіркоким і використання контрольних карт В. Шухарта. |
| Етап 5. Комплексне управління якістю. | Завдяки формуванню служб якості на підприємствах вдалося усунути подвійну підпорядкованість працівників, які відповідають не лише за виробництво продукції, але й повинні оцінювати її якість, тобто п'ятим етапом прийнято вважати просування від звичайного контролю якості до управління якістю. Саме досягнення заданого рівня якості продукції було цільовим орієнтиром комплексного управління якістю |
| Етап 6. Забезпечення якості на базі стандартів ISO 9000. | Виник наприкінці 80-х років XX століття з появою міжнародних стандартів ISO серії 9000. Згідно із цією методологією створення на підприємстві вискоєфективних і результативних систем якості, які відповідають положенням стандартів ISO 9000, є гарантією того, що вимоги споживачів будуть дійсно задоволені. |

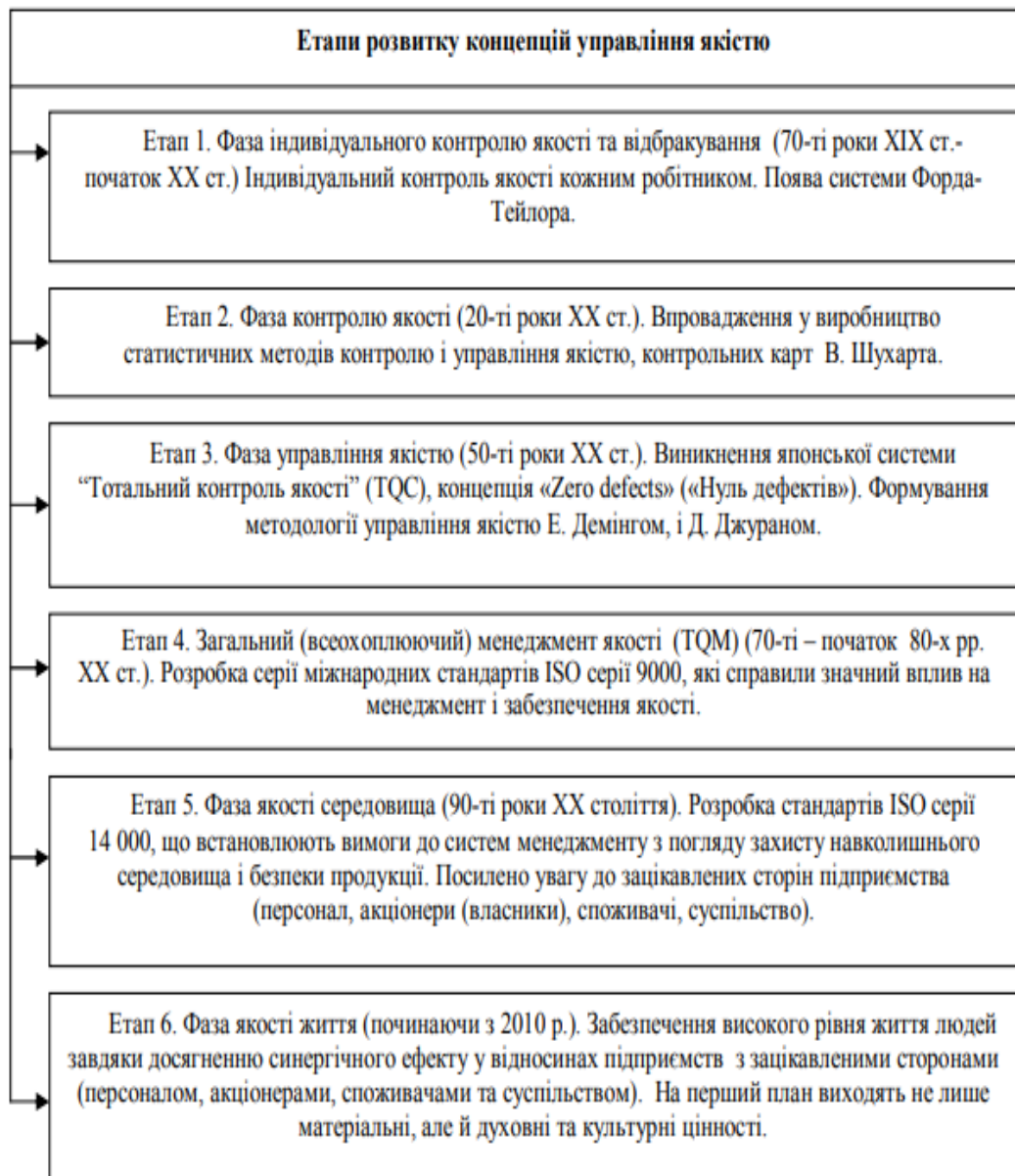


Рисунок 1.2 - Етапи розвитку концепцій управління якістю

Підсумовуючи аналітичний огляд основних етапів розвитку менеджменту якості, слід зазначити, що застосування ідеї управління нею дозволило не лише підвищувати якість товарів і послуг, але й знижувати затрати на їх виробництво / надання. Таким чином, впровадження і вдосконалення системи управління якістю дозволило подолати протиріччя між затратами на підвищення якості і зростанням ефективності роботи. В свою чергу, це дало змогу споживачеві отримувати товари і послуги високої якості за доступними цінами, а отже, задовольняти свої потреби.

1.2 Категорія якості в охороні здоров'я: медичні, соціальні та економічні аспекти

Концептуальні підходи до менеджменту якості в медичній діяльності запозичені із сфери товарного виробництва.

Історичні аспекти управління якістю медичної допомоги, започатковані правилами поведінки лікаря в канонах древньої Індії, Китаю, Персії, «Клятвою Гіппократа», продовжувались Женевською декларацією 1948 р., присвяченою етико-деонтологічним принципам (стандартам) у медичній діяльності. Стандартизація медичної допомоги, як провідний принцип якості, вперше висвітлена в праці А. Флекснера «Рух до підвищення медичних стандартів» (1910), а також в опублікованих незабаром Американським хірургічним коледжем «Мінімальних стандартах для лікарень» (1917). У 50–60-х роках ХХ ст. акцент на забезпеченні якості медичної допомоги зміщено на контроль якості, а з 70-х років ХХ ст. розпочато розробку технологічного підходу до управління якістю на основі діагностично пов'язаних груп, що дало змогу стандартизувати процес надання медичної допомоги.

Існує багато визначень якості медичної допомоги (табл.1.3).

Таблиця 1.3 – Визначення поняття «якість медичної допомоги»

| Джерело | Визначення |
|--|--|
| 1 | 2 |
| Наказ МОЗ України № 189 від 26.03.2009 р. [21] | 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, інвалідність. |
| Наказ МОЗ України № 752 від 28.09.2012 р. [22] | Якість медичної допомоги - надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я. Оцінка якості медичної допомоги - визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я. |

Продовження таблиці 1.3

| 1 | 2 |
|--|--|
| Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [23] | Якість медичної допомоги – це її здатність, яка вимагає отримання пацієнтом такого комплексу профілактичної, діагностичної та лікувальної допомоги, який привів би до оптимальних для здоров'я цього пацієнта результатів у відповідності до рівня медичної науки, максимального задоволення пацієнта від процесу надання допомоги. |
| Новітній глосарій з клінічної фармації [24] | Якість медичної (фармацевтичної) допомоги - це сукупна ступінь відповідності своєчасно наданої медичної (фармацевтичної) допомоги та отримання відповідного результату щодо сучасного стану науки і практики охорони здоров'я. Медична допомога складається із сукупності окремих медичних послуг, виконання яких необхідне при окремих захворюваннях і патологічних станах. |
| В. Ф. Чавпецов, А. М. Таранов [25] | Якість медичної допомоги як об'єкт управління являє собою властивість процесу взаємодії лікаря і пацієнта, обумовлену кваліфікацією професіонала, тобто його спроможністю виконувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою. |
| Р. Максвелл [25] | Якісна медична допомога – це доступність медичної допомоги, справедливість, відповідність потребам суспільства, ефективність, дієвість та економічність. |

Якість медичної допомоги – це не тільки одна із важливих, але і одна із важко вирішуваних проблем охорони здоров'я, оскільки перебуває на межі реальних можливостей галузі і випереджаючого рівня вимог населення до системи, покликаної гарантувати збереження найбільш значущої людської цінності – здоров'я. Зрозуміло, що проблема забезпечення сучасного рівня якості медичної допомоги залежить не стільки від форм власності виробників медичних послуг, скільки від загального рівня якості медичних послуг на єдиному медичному просторі, зокрема якості підготовки фахівців, якості лікарських препаратів, обладнання та предметів медичного призначення, від стану і впорядкування приміщень, організації роботи персоналу, інтенсивності технологічного розвитку [26, с. 4]

Часто дослідники виділяють два аспекти якості медичної допомоги:

технічний та особистий. При цьому технічна якість – це ефективність діагностики та лікування, особиста – це те, як процес надання медичної послуги сприймається пацієнтом. Оскільки «кінцевий результат лікування залежить від ставлення самого хворого до процесу медичної допомоги, довіри лікарю, впевненості, психічної рівноваги» [27, с. 66].

В даний час якість медичної допомоги розглядається як багатогранне поняття [28; 29], яке включає в себе різні аспекти, серед яких:

- використання високотехнологічних методів для надання оптимальної для пацієнта послуги;
- стандартизація вибору медичної послуги (розробка стандартів обстеження та лікування пацієнта);
- впровадження в практику принципів доказової медицини;
- інформатизація охорони здоров'я;
- оптимізація менеджменту медичної організації.

З нашої точки зору, доцільно під якістю медичної допомоги розуміти зіставлення очікувань пацієнта та медичного працівника з реально отриманими результатами лікування, в основі чого лежить урахування матеріально-технічного оснащення лікувально-профілактичної установи, кваліфікація медичного персоналу та стан здоров'я пацієнта.

Якість - це всього-на-всього об'єктивізація вимог оцінювача до об'єкта. Чому оцінювача, а не споживача? Тому що, по-перше, нерідко споживач і платник не є однією особою, по-друге, споживач часто не володіє спеціальними знаннями, що дозволяють оцінити безпеку об'єкта для життя і здоров'я споживача, а також навколишнього середовища.

Що стосується медичної допомоги, то вона також відноситься до тих об'єктів, вимоги до якості якого пред'являють і споживач, і платник, і експерт.

Якість будь-якого об'єкта описують за допомогою трьох нерозривно пов'язаних між собою категорій: характеристики, критерії та показники.

Щоб уникнути хаосу в питаннях якості важливих для людей об'єктів споживання, Donabedian A. [30] сформував основний перелік характеристик,

сукупність яких і складає поняття якості медичної допомоги: ефективна, результативна, прийнятна, економічна, оптимальна, справедлива, легітимна (рис.1.3).

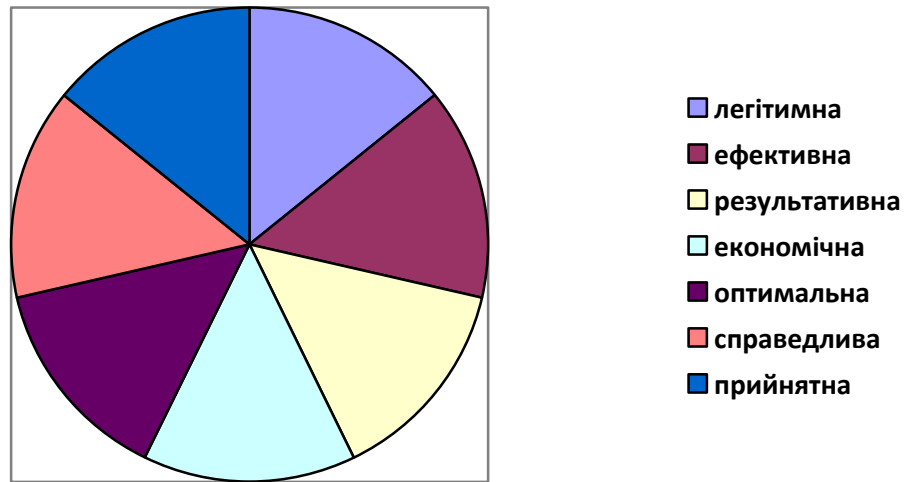


Рисунок 1.3 - Складові поняття «Якісна медична допомога»

Кожна характеристика має не один критерій, які допомагають максимально повно розкрити суть характеристик з урахуванням їх особливостей. Наприклад, характеристика «результативна» необхідна щоб показати, який результат, виражений в поліпшенні здоров'я, був досягнутий при наданні медичної допомоги щодо наявних рутинних практик, установлених як кращі. У той же час характеристика «ефективна» показує поліпшення здоров'я щодо кращих передових практик, які використовують унікальні технології.

Іншими словами, це поліпшення здоров'я щодо найбільш ефективної відомої стратегії клінічного лікування, верхня межа того, що може бути досягнуто за допомогою існуючих в даний час технологій, якийсь технологічний рубіж медичної допомоги.

Оскільки якість медичної допомоги формується на трьох рівнях, тому критерії результативності та ефективності для кожного рівня будуть різні (табл. 1.4).

Для рівня системи охорони здоров'я, наприклад, - захворюваність,

смертність, інвалідність.

Таблиця 1.4 - Критерії результативності та ефективності для кожного рівня формування якості медичної допомоги

| Рівень формування якості медичної допомоги | Критерії |
|--|--|
| Система охорони здоров'я | захворюваність, смертність, інвалідність |
| Медична установа | лікарняна летальність, летальність оперованих хворих, частота післяопераційних ускладнень, питома вага розбіжностей діагнозів, повторність госпіталізації протягом року з приводу даного захворювання, питома вага померлих на дому, материнська смертність, частота ускладнень при пологах, частота розбіжності результатів контрольних проб лабораторії, частота екстрених госпіталізацій і т.д. |
| Лікар | тривалість ремісії, зміна функціонування пацієнта (частота і ступінь відновлення функцій) |

Для рівня установи - лікарняна летальність, летальність оперованих хворих, частота післяопераційних ускладнень, питома вага розбіжностей діагнозів, повторність госпіталізації протягом року з приводу даного захворювання, питома вага померлих на дому, материнська смертність, частота ускладнень при пологах, частота розбіжності результатів контрольних проб лабораторії, частота екстрених госпіталізацій і т.д.

Для рівня лікаря - тривалість ремісії, зміна функціонування пацієнта (частота і ступінь відновлення функцій). Наскільки допомога (лікування, одна їх технологій та ін.) виявилася результативною (ефективною), можна зрозуміти, порівнюючи поліпшення здоров'я (до і після, досліджуваної і контрольної груп і т.п.) тільки за однаковими критеріями.

Вплив на здоров'я досі вважається тільки сумою поліпшень або погіршень самого здоров'я, які справило лікування або зробить в майбутньому.

Розрахунок результативності медичної допомоги може бути здійснений

шляхом співставлення двох показників «Поліпшення здоров'я, яке очікується від оцінюваного лікування» до «Поліпшення здоров'я, яке очікується від кращої практики».

Навпаки, характеристика «економічна» повинна продемонструвати витрати в грошовому вираженні на надання медичної допомоги за умови досягнення однакового поліпшення здоров'я.

Тобто, економічною буде та допомога (лікування, технологія і т.д.), при якій досягається однакове поліпшення здоров'я за найменші гроші. Якщо дві стратегії лікування мають однакову ефективність/результативність щодо поліпшення здоров'я, то дешевша з них є економічною.

Економічності можна досягти, знижуючи витрати при наданні медичної допомоги, не знижуючи її результативність: економимо на електроенергії, проводимо тендери, здійснюємо спільні закупівлі, отримуємо пільгове кредитування тощо. Незалежно від рівня формування якості, критерій економічності буде єдиний - вартість.

Розрахунок економічності медичної допомоги може бути проведений шляхом співставлення показників «Поліпшення здоров'я, яке очікується від оцінюваного лікування» до «Вартість лікування».

Характеристика «оптимальна» може бути виміряна лише через критерії, що показують одночасно витрати на медичну допомогу і поліпшення здоров'я. Деякі поліпшення стану здоров'я не варті надмірно великих додаткових витрат. Оптимальна медична допомога витримує баланс вигод і витрат, і коли він стає несприятливим, допомога перестає бути оптимальною. Критерієм буде обсяг ефекту (результату) на грошову одиницю. Для повноти розуміння характеристики «оптимальна» наведено графік, представлений Донабедіаном (рис. 1.4), що відображає гіпотетичні відносини між перевагами і вартістю лікування. Крива А вказує на оптимальність лікування, крива В - на максимально ефективне лікування.

Часто для визнання якості медичної допомоги використовують такий критерій, як задоволеність пацієнтів. На наш погляд, цей критерій може

застосовуватися для вимірювання характеристики «прийнятна». Йдеться про прийнятність медичної допомоги для пацієнтів та їх близьких. Прийнятна медична допомога буде тоді, коли вона доступна в монетарному, соціальному, транспортному плані, дотримані переваги пацієнтів щодо зручності лікування, очікуваної ефективності і вартості лікування, позитивного ставлення медичного персоналу. Тому критерій для прийнятності не повинен бути «плоским» у вигляді «Задоволений» та «не задоволений», і тим більше один критерій «задоволеність» не може виміряти всю багатозаровість даної характеристики.

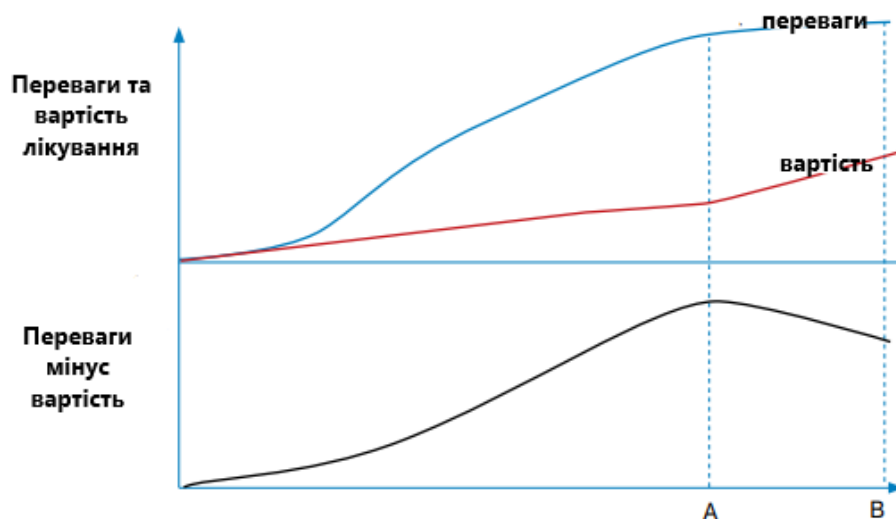


Рисунок 1.4 - Гіпотетичні відносини між перевагами і вартістю лікування

Кожна складова характеристики «прийнятна» має свої критерії. Наприклад, прийнятність з точки зору шанобливого ставлення з боку медичного персоналу можна виміряти наступними критеріями: узгодженість очікувань, орієнтацій і т.д. пацієнта і лікаря; здатність лікаря зіставити свій підхід не тільки до вимог клінічної ситуації, але і з очікуваннями клієнта; стабільність відносин між пацієнтом і лікарем; ступінь егалітаризму (рівності) у відносинах між пацієнтом і лікарем; прояв співчуття і взаєморозуміння без зайвого емоційного залучення лікаря; прояв підтримують відносин без заохочення невиправдану залежність; уникнути експлуатації пацієнта і лікаря в економічному, соціальному,

сексуальному або будь-якому іншому вигляді; дотримання недоторканності приватного життя; забезпечення конфіденційності; підтримання максимально можливої незалежності пацієнта, свободи дій; підтримка сімейних і громадських зв'язків і уз; підтримку гідності та індивідуальності лікаря і пацієнта; максимальна можлива ступінь активної участі пацієнта за рахунок спільного використання знань про ситуацію в галузі охорони здоров'я, спільного прийняття рішень і участі в проведенні терапії; обмеження впливу і діяльності лікаря і пацієнта в рамках їх законних соціальних функцій [31].

Вивчаючи прийнятність щодо ефективності лікування, ми повинні зрозуміти, чи враховані при виборі методу лікування індивідуальні очікування пацієнта. Так як різні люди з урахуванням їх психологічного портрета, соціальної ситуації, трудової діяльності по-різному бачать свої вигоди і ризики від лікування. І результат лікування, який хоче досягти окремий пацієнт, може відрізнятись від вибору лікаря, і тим більше бути не прийнятним для іншого пацієнта.

Подібна розбіжність є і щодо прийнятності вартості лікування. Очікування пацієнтів щодо обсягу їх фінансових витрат на медичну допомогу різні, навіть, якщо мова йде про повне задоволення їх очікувань щодо результатів лікування. По-різному відчують фінансові втрати пацієнти при виплаті однакових сум за однотипну медичну допомогу, а також при покритті витрат за негайне або відстрочене лікування або профілактику. Встановити, чи прийнятна для пацієнта вартість медичної допомоги, допомагають опитування пацієнтів.

Існують думки, що якісна медична допомога може бути недоступною. Навіть нормативні правові документи поділяють доступність і якість медичної допомоги. Якість - це сукупність вимог до об'єкта споживання, а одна з вимог споживача (пацієнта) до медичної допомоги - її доступність. Тобто, якщо медична допомога недоступна, то вона не прийнятна для пацієнта.

Донабедіан [32] розглядає характеристики «легітимна» і «справедлива» як окремі. Коли він говорить про легітимність, то підкреслює, що легітимна медична допомога - це допомога, прийнятна для суспільства. Причому суспільство розглядає питання про доцільність медичної допомоги інакше ніж окремий

індивід, приймаючи до уваги можливі користь чи шкода для оточуючих. Іноді користь від медичної допомоги отримуватимуть люди, які її безпосередньо не отримують. Наприклад, вакцинація, генетичне консультування, планування сім'ї, ізолювання осіб, що представляють загрозу для оточуючих. І наскільки б високо ні цінували окремі особи надання їм медичної допомоги, суспільство може оцінювати його значно нижче. Наприклад, суспільство може бажати зменшення обсягу медичної допомоги для громадян похилого віку та збільшення його для дітей. Крім того, думка суспільства про вартість медичної допомоги відрізняється від думки окремої людини.

Суспільство може вважати прийнятною медичну допомогу, вартість якої для окремих її членів нижче, ніж рівень медичної допомоги, необхідний окремою людиною. Це стосується систем охорони здоров'я, де медична допомога надається всім безкоштовно, тобто в разі соціального фінансування медичної допомоги.

Тому, оцінюючи, наскільки медична допомога легітимна, варто вивчити думку членів суспільства, які не отримують її або рідше звертаються за нею, але при цьому є основними платниками податків.

Що стосується визначення «законна» в сенсі дотримання законів, постанов, наказів та інших нормативних правових документів щодо ведення медичної діяльності як бізнесу або при наданні медичної допомоги, то все перераховане вище - це легальність. Зсув розуміння «легітимна» в бік «легальна» щодо характеристики якості медичної допомоги відбулося, скоріше, через однакового загального перекладу латинських термінів «legitimus» і «legalis» на російську мову як «законний, згідний з законами, законом певний». Проте в англійській мові «Legal» - це саме дотримання Закону (правил, положень, затверджених нормативними правовими документами), а «Legitimate» має більш широкий сенс, маючи на увазі прийнятність.

Ще одна помилка стосується розуміння характеристики «справедлива» медична допомога, як рівного розподілу допомоги між членами суспільства за обсягом, вартості або однакового поліпшенню здоров'я. Разом з тим «справедливість - це принцип, згідно з яким визначається, що є правильним і

обґрунтованим при розподілі медичної допомоги та її благ між членами суспільства» [32; 33; 34]. Саме принцип справедливості лежить в основі усвідомленої соціальної політики, в результаті якої одні члени суспільства отримуватимуть медичну допомогу, яка приносить їм більше поліпшення здоров'я, ніж іншим. І, хоча окрема людина прагне отримати краще для себе, за винятком невеликого числа абсолютних альтруїстів, суспільство в особі окремих її членів, беручи на себе моральні зобов'язання, згідно на справедливий розподіл медичної допомоги. Не можна нехтувати цією характеристикою якості медичної допомоги, що є одним з її стовпів, так як тільки при справедливому розподілі допомоги може бути досягнуто розумний компроміс між пацієнтом і суспільством (баланс між прийнятністю та легітимністю).

Критерії, що дозволяють виміряти характеристику «справедлива», ті, що допоможуть дізнатися:

- що при розподілі медичної допомоги здається справедливим для людини і для суспільства.
- реальний розподіл медичної допомоги.

Наскільки медична допомога прийнятна для пацієнта, прийнятна для суспільства (легітимна) і справедлива можна за допомогою опитувань пацієнтів, медичних працівників і членів суспільства, якими якраз пацієнти і медичні працівники є. Проте відмінність цих характеристик очевидна. Для пацієнта, що потребує паліативного лікування, прийнятною буде медична допомога, яка надасть йому даний вид лікування в повному обсязі безкоштовно. Однак для суспільства, особливо в умовах обмеженого фінансування, такий розподіл допомоги не прийнятний; суспільство, щоб зберегти себе, не буде витратити кошти на паліативну допомогу, а зосередить їх на допомогу дітям. Але, дотримуючись принципу справедливості, суспільство буде фінансувати паліативну допомогу, якої потребують її окремі члени, на той обсяг, який в змозі витримати.

Показники критеріїв всіх характеристик залежать від можливостей системи охорони здоров'я, запитів суспільства, громадського здоров'я, соціальної

політики, специфіки медичної організації, технологічних можливостей і безлічі інших чинників. Наприклад, рівень захворюваності, інвалідності, смертності немовлят і т.п., до якого прагнуть національні системи охорони здоров'я, буде різним, але саме встановлений показник буде об'єктивізувати розуміння якісної медичної допомоги в тому чи іншому регіоні.

У територіальних програмах державних гарантій надання безкоштовної медичної допомоги об'єктивовані показники доступності медичної допомоги. Раціональним також є встановлення різних показників, наприклад, післяопераційних ускладнень для лікарень, які надають планову допомогу і невідкладну допомогу, або відділень гнійної хірургії, щелепно-лицевої хірургії, торакальної хірургії. Але при всій відмінності значень, показники повинні мати величину, яка буде зрозуміла всім учасникам системи, а не знаходиться у владі суб'єктивної оцінки одного з оцінювачів якості медичної допомоги (експерта, котрий перевіряє).

Оцінюючи якість медичної допомоги, завжди слід уникати спокуси оцінити кількість виконаної роботи при наданні медичної допомоги. Для цього треба підбирати критерії під вищеописані характеристики, складові якості медичної допомоги, в т.ч. на рівні окремої медичної організації.

Наприклад, чи є медична допомога в медичному закладі результативною, можна судити по частоті позапланових госпіталізацій (викликів швидкої допомоги) осіб, які перебувають під диспансерним наглядом. Але число відвідувань або частка охоплення диспансерним наглядом не об'єктивують жодну характеристику якісної медичної допомоги.

Дані критерії можуть і повинні використовуватися при оцінці діяльності (обсягу роботи) медичного закладу (лікаря). Однак використання їх для оцінки якості медичної допомоги призведе до приписок і фальсифікації відомостей.

1.3 Інструменти та методи управління якістю медичної допомоги

Кількісні методи передбачають збір кількісних даних за допомогою структурованих інструментів, що відповідають заданим категоріям і класифікаціям. На відміну від кількісних методів, при використанні якісних методів акцент зміщується від структурування і точних вимірів до вивчення, аналізу та інтерпретації поведінки, явища, ситуації

У редакції ВООЗ поняття «інструмент управління якістю» використовується для позначення таких категорій [27]:

- 1) методи вимірювання, оцінки, забезпечення і удосконалення якості і безпеки;
- 2) схеми «послідовних кроків», призначені для поетапного застосування методів у чіткій послідовності: структурні рамки «план-дія-перевірка-корекція», групова схема покращення якості, модель Ленглі, цикл клінічного аудиту;
- 3) підходи до вирішення питань якості і безпеки, що базуються на використанні комплексних методів, таких як реорганізація, «маршрути пацієнтів» і порівняння з еталонами;
- 4) методи оцінки якості на рівні усього закладу (наприклад, система «привіт за якість» Європейського фонду управління якістю);
- 5) системи управління і забезпечення якості;
- 6) різноманітні втручання, направлені на поліпшення якості і безпеки, у тому числі практичні керівництва, системи автоматизованого дозування, системи підтримки прийняття рішень, мануальні пристосування, наприклад для того, щоб своєчасно запросити пацієнта для проходження періодичного обстеження;
- 7) національна політика або стратегія з питань якості, наприклад система гарантій для пацієнта.

Систему методів та інструментів покращення якості медичної допомоги (ЯМД) можна за значенням поділити на дві великі групи (табл. 1.5). Першу групу складають якісні методи (методи менеджменту); другу – кількісні методи (методи

математичної статистики). Вважається, що в даний час розроблені, впроваджені та діють близько 70 методів менеджменту і більше 200 методів статистики, за допомогою яких організовані принципи управління якістю.

Таблиця 1.5 - Система методів та інструментів покращення ЯМД

| Методи та інструменти покращення ЯМД | | | |
|--|--|---|---|
| Кількісні інструменти і методи статистичної оцінки | | Якісні методи управління ЯМД | |
| інструменти збору даних | <ul style="list-style-type: none"> - опитування пацієнтів (опитувальник Пікера, анкета Servqual) і медичних працівників; - огляди медичної документації; - огляди статистичних звітів | методи експертних технологій | <ul style="list-style-type: none"> - групове ранжування; - метод Делфі; - просте голосування; - метод номінальних груп; - метод «мозкового штурму» |
| інструменти оцінки даних | <ul style="list-style-type: none"> - індикатори якості і безпеки; - стандарти; - збалансована бальна карта | інструменти планування і впровадження організаційних змін | <ul style="list-style-type: none"> - загальні інструменти планування змін (управління проектами, аналіз «силових полів»); - методичні рекомендації з впровадження організаційних змін, - економічний аналіз якості |
| методи аналізу і представлення даних | <ul style="list-style-type: none"> - форми відображення даних (гістограма, діаграма Парето, діаграма Ісікави, діаграма розкиду, контрольна карта); - статистичний контроль процесів | методи оцінки ЯМД на рівні ЗОЗ | <ul style="list-style-type: none"> - система EFQM; - методики оцінки ISO 9000 |
| | | метод клінічного аудиту | |
| | | бенчмаркінг | |

Кількісні методи та інструменти управління ЯМД є основними засобами контролю якості. Вони відіграють важливу роль у об'єктивній оцінці кількісних і якісних характеристик процесу надання медичної допомоги, що, в свою чергу, дозволяє оцінити результати фактичної роботи ЗОЗ і порівняти їх з нормативами з

метою виявлення можливостей для їх подальшого удосконалення.

Кількісними методами та інструментами управління ЯМД виступають інструменти і методи статистичної оцінки – орієнтовані на виявлення слабких місць ЯМД, але не на встановлення їх причин або розроблення заходів, направлених на їх усунення. До них належать:

а) інструменти збору даних: опитування пацієнтів (опитувальник Пікера, анкета Servqual) і медичних працівників; огляди медичної документації; огляди статистичних звітів;

б) інструменти оцінки даних: індикатори якості і безпеки; стандарти; збалансована бальна карта;

в) методи аналізу і представлення даних: форми відображення даних (гістограма, діаграма Парето, діаграма Ісікави, діаграма розкиду, контрольна карта); статистичний контроль процесів.

Таким чином, інструментарій статистичної оцінки дозволяє визначити коло питань, що мають бути акцентовані у процесі управління ЯМД.

Якісні методи управління ЯМД – інструменти та методи менеджменту – аналітичні інструменти управління, що дозволяють ідентифікувати причини відхилень у процесах забезпечення ЯМД і розробити заходи для її покращення:

а) методи експертних технологій, що ґрунтуються на узагальненні думок експертів: групове ранжування; метод Делфі; просте голосування; метод номінальних груп; метод «мозкового штурму»;

б) інструменти планування і впровадження організаційних змін: загальні інструменти планування змін (управління проектами, аналіз «силових полів»); методичні рекомендації з впровадження організаційних змін, економічний аналіз якості;

в) методи оцінки ЯМД на рівні ЗОЗ (система EFQM; методики оцінки ISO 9000);

г) метод клінічного аудиту;

е) бенчмаркінг.

На нашу думку, в сучасних умовах реформування системи ОЗ України,

можливо і доцільно впроваджувати такі інструменти та методи управління ЯМД у діяльність ЗОЗ: методи статистичної оцінки якості, клінічний аудит, бенчмаркінг, моніторинг думки пацієнтів.

Використання методів статистичної оцінки дозволить контролювати рівень якості наданої МД. Цикл клінічного аудиту надасть можливість виявляти системні помилки у наданні медичної допомоги. Моніторинг думки пацієнтів (задоволеності пацієнта) виявлятиме обґрунтованість/необґрунтованість претензій пацієнта до наданої МД. Застосування бенчмаркінгу як методу порівняння з найкращою практикою дасть змогу постійно покращувати ЯМД у ЗОЗ шляхом досягнення еталонних показників.

Ефективне використання вищевказаних інструментів передбачає наявність адекватної організаційної культури, відповідної підготовки і навчання персоналу, залучення керівництва, лікарів та пацієнтів до процесу змін.

1.4 Світовий досвід побудови системи якості медичної допомоги

Управління якістю медичної допомоги включає в себе організацію і контроль над діяльністю системи охорони здоров'я в реалізації потреб населення в отриманні якісної медичної допомоги [35].

У теперішній час визнано існування трьох основних моделей управління якістю в охороні здоров'я – професійна, бюрократична й індустріальна (табл.1.6).

Таблиця 1.6 - Основні моделі управління якістю в охороні здоров'я

| Основні моделі управління якістю в охороні здоров'я | | |
|---|--|---|
| Професійна | Бюрократична | Індустріальна |
| <p>Головна діюча особа - лікар, як єдиний гарант якості наданої ним медичної допомоги.</p> <p>Характерна ознака моделі - думка пацієнта з цього приводу має другорядне значення.</p> <p>Адміністрація лікувальної установи не несе відповідальності за наслідки лікування, вона лише створює лікарю необхідні технічні умови для роботи.</p> <p>Оцінка правильності лікування знаходиться виключно в сфері професійної експертизи.</p> <p>В основі моделі лежить метод управління з використанням законів і принципів корпоративної культури.</p> | <p>Центральна фігура - службовець від медицини, зовнішні контролюючі структури, в обов'язки яких входить перевірка та визначення якості наданої хворому допомоги.</p> <p>Основний інструмент оцінки якості - стандарти медичної допомоги, які оцінюються методом аудиту медичних процедур (сертифікат і/або ліцензія державного зразка; регулярні перевірки медичної діяльності із застосуванням методів статистичного аналізу).</p> <p>Показники якості - оптимальне досягнення результату, медична обґрунтованість, відповідність стандартам, низькі значення негативних індексів (летальності, частоти ускладнень, повторних госпіталізацій тощо).</p> <p>Не враховується думка пацієнта про ступінь досягнення очікуваного ним результату.</p> | <p>Охорона здоров'я – це складна виробнича галузь, яка працює на задоволення попиту населення.</p> <p>Хворий розглядається з точки зору «споживача медичних послуг», медичний заклад – як «постачальник медичних послуг», медичний працівник – як «надавач медичних послуг».</p> <p>Сутність - безперервне підвищення якості на основі процесного підходу і залучення до управління якістю усього персоналу з використанням самоконтролю ключових етапів лікувально-діагностичного процесу.</p> |

Перші відомі людству стандарти професійної практики наведені у давньоєгипетських папірусах, де були зазначені певні правила надання різних видів медичної допомоги. У 1500 р. Королівський лікарський коледж в Англії

вводить ліцензування лікарів. У 1760 р. у США у штаті Нью-Йорк був прийнятий документ, в якому забороняється будь-який вид медичної діяльності без екзамену чи ліцензування, що проводиться урядовими екзаменаторами. У 1850 р. в Англії приймаються державні стандарти навчання, підготовки і реєстрації лікарів. А. Flexner у 1910 р. відмітив низьку якість медичного обслуговування у США і визначив шляхи до його покращення, запропонувавши комплекс офіційних процедур допуску лікарів до професійної діяльності на основі їх кваліфікації. У 1913 р. у США учасники Третього клінічного конгресу хірургів прийняли резолюцію про необхідність стандартизації лікарняного обладнання і праці. У 1917 р. Американський коледж хірургів опублікував Мінімальний стандарт, в якому регламентувались кваліфікаційні стандарти для лікарів, а також мінімальні вимоги до обладнання і технології [36].

В середині ХХ століття у зв'язку зі зростаючою складністю системи охорони здоров'я в економічно розвинутих країнах введення механізмів обов'язкового медичного страхування, бюджетного фінансування або ж вільного ринку медичних послуг країнами та урядами вкладались значні кошти у медичну допомогу для своїх громадян. Саме тому виникла необхідність державного контролю в охороні здоров'я за фінансовими та медичними аспектами її надання, завдяки чому сформувалась бюрократична модель забезпечення якості в охороні здоров'я, центральною фігурою якої став службовець від медицини. В ряді країн також створюються зовнішні контролюючі структури (наприклад, Організація з оцінювання лікарів, Об'єднана комісія з акредитації лікарень, США), в обов'язки яких входить перевірка та визначення якості наданої хворому допомоги. Основним інструментом оцінки якості служать стандарти медичної допомоги, які оцінюються методом аудиту медичних процедур, коли на законодавчому рівні від кожної лікарні вимагається сертифікат і/або ліцензія державного зразка; вищими установами організуються регулярні перевірки медичної діяльності із застосуванням методів статистичного аналізу [37].

Заснована на аудиторському принципі, бюрократична модель при спробах її широкого розповсюдження в охороні здоров'я наражалась на опір групи осіб,

зацікавлених не у демонстрації недоліків якості, не у виявленні причин цих недоліків, а навпаки, в їх штучному заниженні і приховуванні від аудиторів. Такий спосіб керівництва не здатний стимулювати систематичну роботу з покращення якості, не потребує пошуку і аналізу відхилень, відсторонюючись тим самим від можливості управляти результатами медичної допомоги [36].

Клінічна медицина за останні 30 років з предмета лікарського мистецтва перетворилась у складну виробничу технологію з множиною специфічних технологічних процесів. У зв'язку з цим в охороні здоров'я розвинутих країн протягом останніх 20 років використовується модель управління якістю медичної допомоги, застосовувана у високотехнологічному виробництві. Ця модель отримала назву індустріальної (промислової) моделі управління якістю медичної допомоги [38].

Системне бачення управління якістю медичної допомоги вперше висвітлив А. Donabedian (А. Донабедіан), який запропонував три підходи до забезпечення якості: структурний, процесуальний і за результатами діяльності. Структурний підхід означає врахування усіх ресурсних вкладень у процес медичної допомоги і реалізується через надання медичній організації офіційно визначених повноважень (акредитація закладу, атестація спеціалістів). Процесуальний підхід заснований на положенні про те, що результати медичної діяльності будуть тим кращі, чим повнішою мірою застосовують медичні знання і технології безпосередньо під час медичного обслуговування. Останнє ототожнюється автором з виробничим процесом у промисловості (як процес виробництва медичних послуг) і носить строго індивідуальний характер. На думку А. Donabedian, забезпечувати якість на основі процесного підходу слід методами внутрішньої (персоналом) і зовнішньої (представники структур поза межами медичної організації, що надає послуги) оцінки з використанням результатів експертизи історій хвороб та статистичних даних [33; 34].

Взаємозв'язок структури, процесу і результату називається «тріада Донабедіана». На рисунку 1.5 наведено «Тріаду Донабедіана». Модель, запропонована А. Донабедіаном, призначена розглядати зазначені атрибути якості

служби охорони здоров'я у трьох вимірах: людському, технічному та екологічному.



Рисунок 1.5 - Тріада Донабедіана

Як бачимо з рисунка 1.5, елементи тріади А. Донабедіана, що формують якість послуг медичних установ, включають якість структури – складову якості послуг медичного закладу:

- освіту й рівень підготовки кадрів (кваліфікація);
- забезпечення обладнанням (наявність і оперативний ремонт);
- стан території, будівель, корпусів, кабінетів, приміщень;
- постачання лікарськими засобами та медичними виробами;
- грамотність задіяння всіх видів ресурсів;
- фінансовий стан і забезпечення медичного закладу.

Можна виділити кілька рівнів якості структури: медичну установу й медичного працівника.

Якість структури медичного закладу: матеріально-технічна база, сервісні умови, організація роботи, кадрове забезпечення.

Якість структури медичного персоналу: професійні та особисті якості.

Якість структури медичного закладу подана на рисунку 1.6.

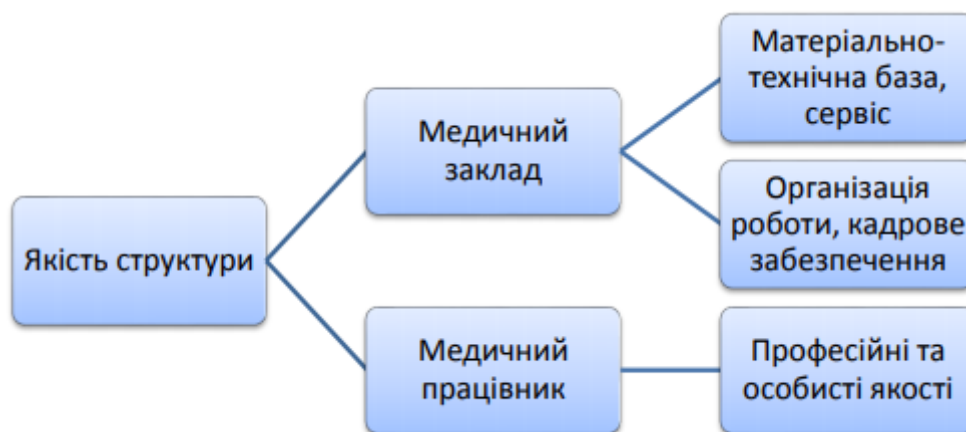


Рисунок 1.6 – Якість структури медичного закладу

Якість технології – складова якості надання всього спектра медичної допомоги, що характеризується: – процесом надання медичної допомоги на момент прийняття пацієнта до приймального покою, поставлення діагнозу до виписування; – оптимальністю комплексу лікувально-діагностичних заходів, наданих конкретному хворому: кількість медичної допомоги (маніпуляцій) повинна бути оптимальною, алгоритм її виконання чітким, зрозумілим, доступним; – відсутністю/наявністю лікарської помилки.

Якість результату – складова якості медичної допомоги, що характеризується такими результатами: – динамікою перебігу здоров’я хворого; – результатом надання медичної допомоги всім пацієнтам у лікарні; – рівнем здоров’я жителів регіону (конкретної території).

Якість результату стосовно пацієнта – це порівняння досягнутого результату захворювання і можливого результату з урахуванням клінічного діагнозу, віку і т. ін. Якість результатів надання послуг лікувально-профілактичним закладом включає такі показники: загальну летальність, післяопераційну летальність, збіг діагнозів, частоту післяопераційних ускладнень та ін. Якість результатів на території, на якій поширюються послуги медичної установи, становлять рівні захворюваності, смертності, дитячої смертності,

народжуваності та ін. (рис. 1.7).



Рисунок 1.7 - Якість результату надання медичної допомоги

Рисунок 1.7 ілюструє три рівні якості результату надання медичної допомоги, які стосуються пацієнта, медичного закладу і населення території, на якій розміщена медична установа.

Елементами загального управління якістю є стандартизація, управління організацією, управління політикою, постійне підвищення якості та забезпечення системи якості. Основні цінності управління якістю останнім часом були внесені до державної політики щодо якості медичного обслуговування, особливо в Європі.

Врахування результатів медичного обслуговування відповідає основній меті діяльності системи охорони здоров'я – вилікувати хворого, відновити нормальний функціональний стан організму, зменшити біль і страждання. Підхід з точки зору оцінки результатів можливий з урахуванням ступеня впливу медичної системи на стан популяційного здоров'я, зниження рівня смертності, захворюваності, інвалідності населення.

На основі підходів А. Donabedian у 80-х роках ХХ ст. виокремилась професійна модель управління якістю, для якої була характерною саморегуляція, критерієм якості визнавався індивідуальний професійний рівень лікаря та його

інтуїтивне мислення, а результати оцінювалися самим лікарем. Модель носила чітко виражений суб'єктивний характер.

Зі зростанням актуальності проблеми якості в охороні здоров'я, запровадженням міжнародної стандартизації систем управління якістю і засад доказової медицини підвищилась увага держав і урядів країн світу до якості медичної допомоги, що призвело до зміни професійної моделі бюрократичною (технократичною) моделлю. Модель заснована на активному державному регулюванні якості, акредитації та ліцензуванні медичної практики, стандартизації обсягів роботи.

Поєднання певною мірою і вдосконалення зазначених моделей обумовило створення індустріальної моделі управління якістю, адаптованої до охорони здоров'я. Особливістю індустріальної моделі визначено, поряд з державним регулюванням, активну участь в управлінні якістю усього персоналу (клінічний менеджмент, клінічний аудит, самоконтроль ключових етапів процесу) для забезпечення і постійного поліпшення якості [39].

Концепція індустріальної моделі управління якістю базується на положеннях про те, що остання досягається якісними процесами, матеріалами і інструментами. Її сутністю визначено безперервне підвищення якості на основі процесного підходу і залучення до управління якістю усього персоналу з використанням самоконтролю ключових етапів лікувально-діагностичного процесу. Досягнення найкращого результату потребує концентрації уваги не на перевірці індивідуального виконання медичним персоналом певних процесів, а на управлінні сукупністю процесів, виявленні відхилень та аналізі їх причин [40, 244].

У сучасних умовах система управління якістю медичної допомоги являє собою сукупність управлінських структур і алгоритмів дій, спрямованих на забезпечення пацієнтів якісною медичною допомогою. Ця система ґрунтується на наступних принципах:

- використання досягнень доказової медицини;
- проведення експертизи якості медичної допомоги на основі медичних

стандартів (протоколів);

- єдність підходів у проведенні відомчої та позавідомчої експертизи якості медичної допомоги;

- використання адміністративних, економічних та правових методів для управління якістю медичної допомоги;

- аналіз економічної ефективності витрат по досягненню оптимального рівня якості медичної допомоги;

- проведення соціологічного моніторингу якості медичної допомоги.

Однак, незважаючи на численні розробки в галузі управління якістю в охороні здоров'я, компонентом яких є контроль якістю медичної допомоги, ця проблема залишається актуальною для практичної охорони здоров'я і в даний час.

Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду показує, що забезпечити та підвищити якість медичних послуг можливо двома шляхами.

По-перше, це належний контроль за якістю даних послуг, який здійснюється на всіх стадіях (від отримання відповідних дозволів на право здійснювати медичну діяльність до контролю на завершальних етапах, коли вже є кінцевий результат даної діяльності).

По-друге, це управління процесом, коли забезпечення та підвищення якості здійснюється завдяки поліпшенню результатів роботи системи в цілому, тобто постійної модифікації і вдосконалення цієї системи.

Безумовно, найбільшого ефекту можна досягти тільки гармонічно поєднуючи ці підходи, використовуючи всі доступні механізми впливу на якість медичних послуг.

Висновки до першого розділу

Результати теоретичного аналізу за темою дипломної роботи засвідчили, що проблема якості товарів і послуг тривалий час залишається актуальною для багатьох країн світу, тому питанням управління нею присвячена велика кількість науково-практичних досліджень.

На основі теоретичного аналізу наукових джерел розглянуто історичні етапи розвитку менеджменту якості в товарному виробництві та в медицині. Зазначено, що кожному етапу відповідає своя концепція управління: на зміну концепції контролю готової продукції послідовно прийшли концепції контролю технологічного процесу, менеджменту якості, комплексного управління якістю, загального менеджменту якості.

Розглянуто поняття категорій якості, описані характеристики, критерії та показники якості медичної допомоги з урахуванням рівнів його формування.

З нашої точки зору, доцільно під якістю медичної допомоги розуміти зіставлення очікувань пацієнта та медичного працівника з реально отриманими результатами лікування, в основі чого лежить урахування матеріально-технічного оснащення лікувально-профілактичної установи, кваліфікація медичного персоналу та стан здоров'я пацієнта.

Розглянуто та згруповано інструменти та методи управління якістю медичної допомоги. На наш погляд, в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України, можливо і доцільно впроваджувати такі інструменти та методи управління ЯМД у діяльність ЗОЗ: методи статистичної оцінки якості, клінічний аудит, бенчмаркінг, моніторинг думки пацієнтів.

Сучасний системний підхід до управління якістю медичної допомоги передбачає використання якісних ресурсів, дотримання стандартів медичних технологій і широке залучення до управління якістю, поряд з керівництвом, усього медичного персоналу, що є запорукою отримання якісного результату лікування.

Щодо різниці між медичною допомогою та медичними послугами, то її офіційного тлумачення немає. Переплетіння цих понять існує в Законі «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168, з якого можна зробити наступні висновки: медична допомога – це більш широке поняття за медичну послугу і включає в себе не тільки певні дії лікаря, але й заходи, що провадяться з метою профілактики та попередження захворювань. За ступенем складності може бути первинна допомога (найбільш поширені хвороби, травми, отруєння), вторинна (спеціалізована) і третинна (високоспеціалізована); медична послуга починається з того моменту, коли є угода, наприклад, між пацієнтом та лікарем, або між медзакладом та Національною службою здоров'я України.

Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду показує, що забезпечити та підвищити якість медичних послуг можливо двома шляхами: належний контроль за якістю даних послуг, який здійснюється на всіх стадіях та управління процесом, коли забезпечення та підвищення якості здійснюється завдяки поліпшенню результатів роботи системи в цілому, тобто постійної модифікації і вдосконалення цієї системи. Найбільшого ефекту можна досягти тільки гармонічно поєднуючи ці підходи, використовуючи всі доступні механізми впливу на якість медичних послуг.

Таким чином, актуальність проблеми якості медичної допомоги в Україні, світовий досвід функціонування систем менеджменту якості, зокрема, в медичній галузі, отримані результати теоретичного дослідження підтвердили доцільність розробки та впровадження вітчизняної моделі системи управління якістю в закладах охорони здоров'я в цілому, та КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2», зокрема. що і визначено метою дипломної роботи з відповідним обранням його завдань, об'єкту, предмету і методів дослідження.

2 ОЦІНКА СТАНУ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ДІЯЛЬНОСТІ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПМСД №2»

2.1 Стан та проблеми якості надання медичної допомоги в Україні

Державна політика з охорони здоров'я гарантує пацієнтам медичне обслуговування належної якості. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII визначає основні принципи програми медичних гарантій, один із яких — зберігати й відновлювати здоров'я населення завдяки медичним послугам (п. 3 ст. 5) [40].

Законодавство передбачає контроль якості медичних послуг шляхом оцінювання медичних технологій — експертизи медичних технологій щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян у зв'язку з їх застосуванням (абз. 9 ч. 1 ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII) [41].

Незважаючи на проголошені конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. Це виявляється в такому:

- низька якість медичних послуг: очікувана тривалість життя населення України складає 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вища, ніж у «старих» країнах ЄС, рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий;
- нерівний доступ до послуг охорони здоров'я. Бідні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу. існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських і

сільських мешканців. високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Згідно з офіційною статистикою, витрати населення перевищують третину загального обсягу фінансування галузі і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг [42].

Причинами виникнення зазначених проблем є:

- відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці;
- низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг;
- неефективне використання бюджетних коштів на охорону здоров'я;
- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг;
- низька самостійність медичних закладів при використанні фінансових ресурсів [42].

На мікрорівні (в організаціях охорони здоров'я) перш за все забезпечується структурна якість і якість процесу організації лікувально-діагностичного обслуговування.

Якість медичної допомоги є сукупністю характеристик медичної допомоги, які спрямовані задовольняти потреби громадян в ефективному запобіганні захворюванням та їх лікуванні, підвищенні якості життя і збільшенні його тривалості. Пацієнти, як одержувачі медичної допомоги, є найкращим джерелом інформації про систему комунікацій в організації охорони здоров'я, як бізнес-процеси організації відповідають потребам пацієнтів і єдиним джерелом інформації про те, чи ставилися вони з гідністю та повагою. Їх досвід може стимулювати важливу інформацію про види змін, які необхідні для подолання розривів між наданим лікуванням і тим, яке повинно бути надано.

Пацієнт сприймає якість в світлі доступності та доступності медичного обслуговування, оперативності надання медичної допомоги, ранньої діагностики і лікування, що забезпечує швидке повернення до продуктивності і до нього

ставляться зі співчуттям, повагою і турботою [43; 44].

В Україні в 2014-2017 рр. Державною службою статистики (далі - Держстат) регулярно проводив опитування населення «Самооцінка стану здоров'я населенням» [45], результати опитування 2017 року можуть бути використані як базові показники для подальшого моніторингу ефективності проведених реформ (рисунки 2.1 – 2.3) [44].



Рисунок 2.1 - Відсотків до кількості осіб, які повідомили, що зверталися за медичною допомогою протягом останніх 12 місяців до сімейного лікаря у поліклініці, 2017 [44; 45]

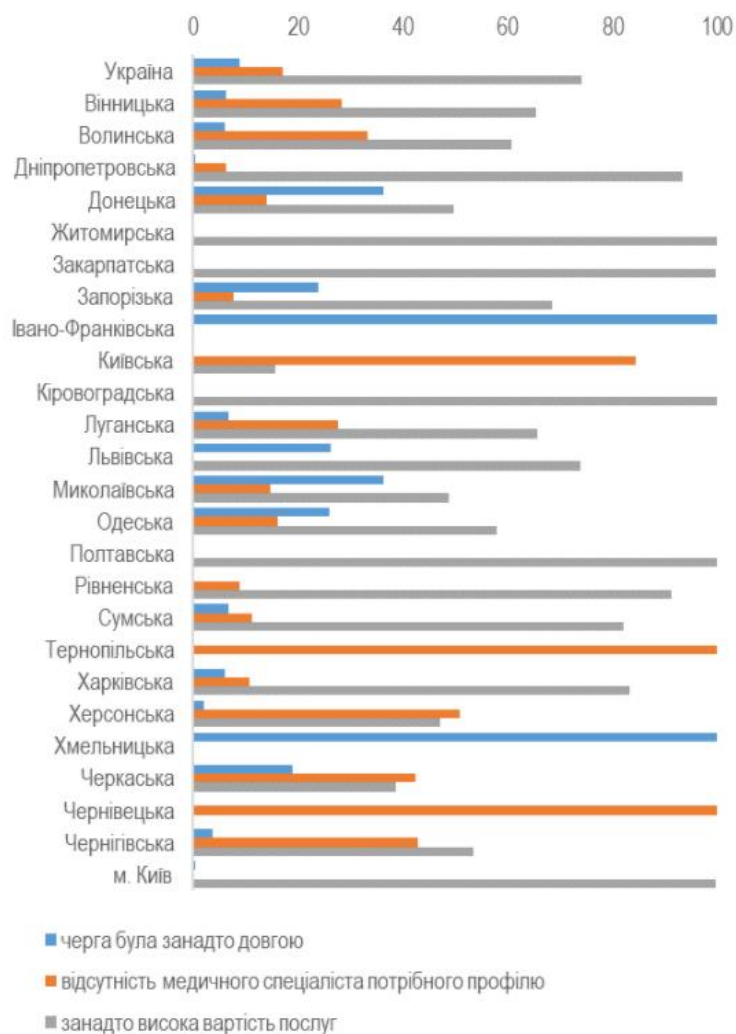


Рисунок 2.2 - Відсотків до кількості домогосподарств у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг відвідати лікаря [44; 45]



Рисунок 2.3 - Відсотків до кількості домогосподарств у яких хто-небудь із членів при потребі не мав доступу до послуг, 2017 [44; 45]

За результатами опитування, проведеного Соціологічною групою «Рейтинг» протягом 24-25 квітня 2020 року [46]: 49% українців вважають, що якість державних медичних послуг за останні два роки погіршилася, і лише 12% побачили покращення (рис. 2.4); у динаміці за останній рік зросла кількість тих, хто фіксує погіршення в сфері медичних послуг (з 37% до 49%). Частіше про погіршення зазначали мешканці Півдня і Сходу, старші і бідніші опитані, а також жінки (рис. 2.5).

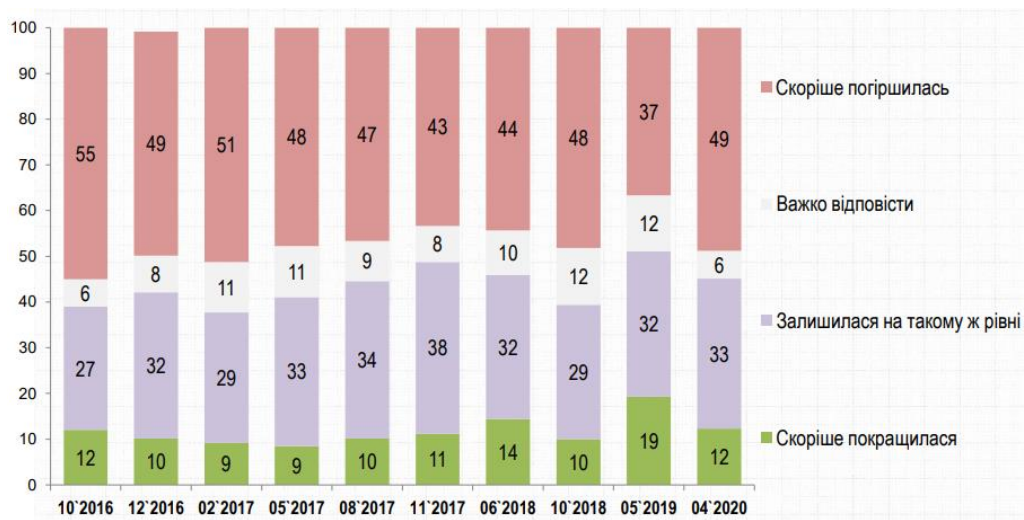


Рисунок 2.4 – Розподіл відповідей на питання: «Як змінилася якість державних медичних послуг за останні два роки...?»

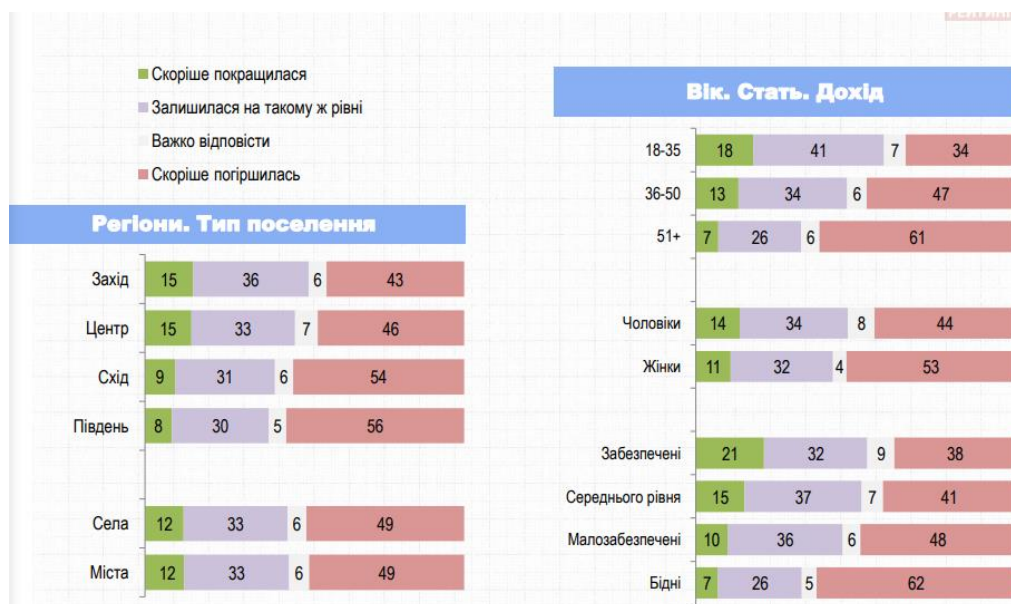


Рисунок 2.5 – Розподіл відповідей на питання: «Як змінилася якість державних медичних послуг за останні два роки...?» (регіони, демографія)

43% зазначили, що якість державних медичних послуг за останні 6 місяців лишилася на такому ж рівні. 33% вважають, що вона скоріше погіршилася. 11% – скоріше покращилася (рис. 2.6). В динаміці зменшилася кількість тих, хто давав позитивні оцінки якості медичних послуг за півроку (рис. 2.7).

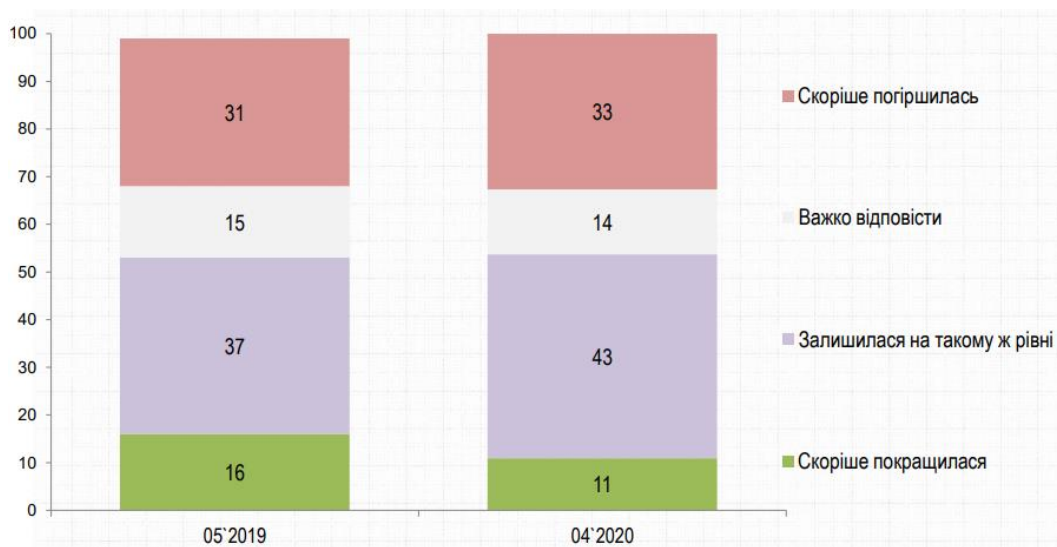


Рисунок 2.6 - Розподіл відповідей на питання: «А як змінилась якість державних медичних послуг за останні 6 місяців?»



Рисунок 2.7 - Розподіл відповідей на питання: «А як змінилась якість державних медичних послуг за останні 6 місяців?» (регіони, демографія)

Дослідження проходило 24-25 квітня серед населення України віком від 18 років і старше в усіх областях, крім тимчасово окупованих територій Криму та Донбасу. Методом телефонних інтерв'ю з використанням комп'ютера на основі випадкової вибірки мобільних телефонних номерів було опитано 1200 респондентів. Помилка репрезентативності дослідження з довірчою імовірністю 0,95 становить не більше 2,8%.

Як бачимо, результати досить невтішні. Не зважаючи на проведення заходів по здійсненню реформи, існуючий стан управління в галузі охорони здоров'я характеризують такі явища і тенденції, як [47]:

- розподіл медичних послуг у національній економіці має несистемний характер;
- гарантований пакет послуг, доступний кожному громадянину, до кінця не сформований;
- цивілізована конкуренція в галузі охорони здоров'я України відсутня;
- має місце невідповідність в системі «ціна –якість послуги»;
- медичним послугам притаманна непостійність, істотним чином зумовлена недостатнім рівнем кваліфікації кадрів;
- міжсекторальна взаємодія є недосконалою (слабкою є співпраця різних секторів економіки, служб, організацій в інтересах населення) тощо.

На наш погляд, споживач (пацієнт) може чинити безпосередній вплив на якість медичної послуги в конкретному закладі охорони здоров'я, беручи участь у дослідженні «прийнятої якості медичних послуг»,. Адже «світовий досвід свідчить про те, що залучення пацієнтів сприяє значимим змінам в охорони здоров'я у напрямку більшої безпеки, якості, доступності медичної допомоги і медичних послуг» [48]. Тому активізація таких досліджень у роботі закладів охорони здоров'я сприятиме підвищенню безпеки і якості медичних послуг у них. Спираючись на вищевказане, логічним буде стверджувати про необхідність врахування результатів досліджень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг у нормативно-правових актах, які стосуються: підвищення безпеки пацієнтів; посилення мотивації закладів охорони здоров'я і їх працівників до забезпечення безпеки медичної допомоги та якості медичних послуг; розширення

можливих варіантів залучення пацієнтів до проведення досліджень щодо якості медичних послуг. Це сформує основи для пацієнт-орієнтованої моделі охорони здоров'я в Україні і, посилить інституційні основи управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я.

2.2 Загальна характеристика досліджуваного підприємства

Комунальне підприємство «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради (КП «ХМЦПМСД №2») – заклад охорони здоров'я, що одержав ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечує на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням первинної медико-санітарної допомоги (ПМД).

Згідно з Виписки з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, датою проведення державної реєстрації є 10.10.2016 за номером запису про включення відомостей про юридичну особу до Єдиного державного реєстру 1 673 102 0000 015683 та датою виписки з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, яка утворена в результаті перетворення від 27.04.2018 1 673 145 0000 016916.

Загальні відомості про КП «ХМЦПМСД №2» наведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Загальні відомості про КП «ХМЦПМСД №2»

| | Відомості |
|-------------------------------------|--|
| Повна назва | Комунальне підприємство «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради |
| Скорочена назва | КП «ХМЦПМСД №2» |
| Місцезнаходження: (юридична адреса) | 29013, вул. Подільська, 54, м. Хмельницький |
| Код ЄДРПОУ | 40887956 |
| Організаційно-правова форма (КОПФГ) | 150 Комунальне підприємство |
| Підпорядкування | Хмельницька міська рада |
| Правовий статус суб'єкта | юридична особа |
| Види діяльності за КВЕД– 2010 | 86.21 Загальна медична практика |

Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків

Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №2, створеного рішенням Хмельницької міської ради від 20 липня 2016 року №78 «Про створення Хмельницьких міських центрів первинної медико-санітарної допомоги №1,2».

Засновником Підприємства є територіальна громада міста Хмельницького, в особі Хмельницької міської ради.

Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради є органом, який виконує функції уповноваженого органу управління.

Підприємство створене з метою надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території міста Хмельницького, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.

Майно КП «ХМЦПМСД №2» є комунальною власністю і закріплюється за ним на праві оперативного управління. Статутний капітал Підприємства складають основні фонди, оборотні кошти, а також цінності, котрі передані на правах оперативного управління Засновником, вартість яких відображається в балансі. Статутний капітал КП «ХМЦПМСД №2» становить: 8 454 558,61 (вісім мільйонів чотириста п'ятдесят чотири тисячі п'ятсот п'ятдесят вісім гривень шістдесят одна копійка).

КП «ХМЦПМСД №2» у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним Кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, рішеннями Хмельницької міської ради та її виконавчого комітету, наказами Уповноваженого органу управління і Статутом.

Підприємство здійснює некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану та плану використання бюджетних коштів, затверджених Уповноваженим органом управління.

Керівництво підприємством здійснює директор Головка Л.Л., з якою укладено контракт з керівником комунального закладу охорони здоров'я, що діє в організаційно-правовій формі комунального некомерційного підприємства від 11.12.2019, з терміном дії до 13.12.2022 року.

Джерелами формування майна та коштів Підприємства є: комунальне майно, передане Підприємству відповідно до рішення про його створення, кошти державного та місцевого бюджетів, власні надходження Підприємства, цільові кошти, інші джерела, не заборонені законодавством.

Основною метою діяльності КП «ХМЦПМСД №2» є забезпечення організації кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги населенню міста, проведення комплексу профілактичних заходів з попередження і зниження захворюваності, інвалідності і смертності, раннього виявлення захворювань, надання прикріпленому за сімейно-територіальним принципом та за укладеними деклараціями населенню кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги, здійснення моніторингу за станом здоров'я, забезпечення дотримання прав і обов'язків пацієнтів, проведення профілактичних щеплень, а також здійснює направлення пацієнтів на отримання вторинної, третинної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування;

Головним завданням КП «ХМЦПМСД №2» є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги (далі – ПМД), спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя.

ПМД надається пацієнтам в амбулаторіях КП «ХМЦПМСД №2» і на дому сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами. У Центрі працюють 122 з них 69 лікарів загальної практики – сімейної медицини, 8 терапевтів та 37 педіатрів.

Структура КП «ХМЦПМСД №2» (наведена на рис. 2.8), порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів підприємства затверджуються його директором.



Рисунок 2.8 - Структура КП «ХМЦПМСД №2»

В Додатку до наказу досліджуваного підприємства від 03.05.2018 №02/1 затверджено графік роботи КП «ХМЦ ПМСД №2», а саме: з понеділка по п'ятницю – з 8.00 до 19.00; субота (вихідний день) – з 8.00 до 14.00; - неділя (вихідний день) – з 9.00 до 12.00.

Станом на 01.08.2018 КП «ХМЦПМСД №2» укладено 66650 декларацій, в тому числі: у віковій групі: - від 0 до 5 років – 8091; - від 6 до 17 років – 10480; - від 18 до 39 – 16213; - від 40 до 64 роки – 20962; - 65 і старші – 11068. Тобто найбільша частка укладених декларацій припадає на категорію населення від 40 до 64 роки (31 % від всіх укладених декларацій) та 18-39 років (24,2 % від всіх укладених декларацій).

Станом на 01.01.2020 за даними КП «ХМЦПМСД №2» укладено 145002 декларації, в тому числі у віковій групі: - від 0 до 5 років – 12287; - від 6 до 17 років – 22726; - від 18 до 39 – 42428; - від 40 до 64 роки – 46967; - 65 і старші – 20594. Аналогічно, найбільш активною віковою групою щодо укладання декларацій є категорія населення від 40 до 64 років – 32,3 % від загальної кількості укладених декларацій та від 18 до 39 років – 29,2 %.

Виходячи з кількості обслуговуючого населення станом на 01.01.2018 та на 01.01.2019 - 154538 чол, а також кількості укладених декларацій за 2018 рік – 114614 чол та за 2019 – 145002 чол, співвідношення населення і кількості поданих декларацій у 2018 та 2019 роках відповідно складало 74,2 % і 25,8 % та 93,8% і 6,2%.

Відповідно до умов Колективного договору – основна заробітна плата працівників КП «ХМЦПМСД №2» встановлена у вигляді посадових окладів, що закріплені у штатному розкладі, яка не є меншою встановленої законодавством України мінімальної заробітної плати за умови відпрацювання повної тривалості робочого часу.

КП «ХМЦПМСД №2» — госпрозрахункове підприємство і покриває свої витрати за рахунок власних доходів. Джерелом існування є чистий прибуток, зароблений самостійно. Зокрема, за рахунок платних послуг. Щоб надавати платні послуги, КП «ХМЦПМСД №2», на відміну від бюджетників, не зобов'язане створювати госпрозрахункові відділення чи кабінети, адже вже є госпрозрахунковим.

Місцезнаходження: (юридична адреса КП «ХМЦПМСД №2»): 29013, вул. Подільська, 54, м. Хмельницький.

2.3 Аналіз основних показників діяльності КП«ХМЦПМСД №2»

У процесі формування звіту використовується баланс (звіт про фінансовий стан), звіт про фінансові результати (звіт про прибутки і збитки), інші елементи звітності КП «ХМЦПМСД №2». Економічні дані, фінансові індикатори та інша інформація, що надається Державною службою статистики України, використовуються для забезпечення зважених висновків про поточний фінансовий стан і ефективність роботи підприємства.

В якості періоду дослідження використано звітність КП «ХМЦПМСД №2»: IV кв. 2018 – II кв. 2019 рр. (Додаток А). Динаміку основних техніко-економічних показників діяльності досліджуваного підприємства наведено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2 - Динаміка техніко-економічних показників КП «ХМЦПМСД №2» в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр.

| Показники | Рік | | | Абсолютний приріст, +/- | | Відносний приріст, % | | |
|--|-------------|------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | IV кв. 2018 | I кв. 2019 | II кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | II кв. 2019 / IV кв. 2018 |
| Чистий дохід, тис. грн. | 35 671 | 19 922 | 40 402 | -15 749 | 20 480 | -44,15 | 102,8 | 13,26 |
| Собівартість, тис. грн. | 27 757 | 11 446 | 26 563 | -16 311 | 15 117 | -58,76 | 132,07 | -4,3 |
| Прибуток, тис. грн. | 7 914 | 8 476 | 13 839 | 562 | 5 363 | 7,1 | 63,27 | 74,87 |
| Частка основних засобів у активах | 0,18 | 0,15 | 0,13 | -0,03 | -0,02 | -16,67 | -13,33 | -27,78 |
| Коефіцієнт зносу основних засобів | 0,7 | 0,68 | 0,7 | -0,02 | 0,02 | -2,86 | 2,94 | 0 |
| Оборотність активів, обороти | - | 0,74 | 1,19 | - | 0,45 | - | 60,81 | - |
| Фондовіддача, обороти | - | 4,57 | 8,72 | - | 4,15 | - | 90,81 | - |
| Фондоємність | - | 0,22 | 0,11 | - | -0,11 | - | -50 | - |
| Коефіцієнт оборотності запасів, обороти | - | 10,08 | 20,19 | - | 10,11 | - | 100,3 | - |
| Рентабельність продажів за операційним прибутком (операційна маржа), % | 45,64 | 39,69 | 30,86 | -5,95 | -8,83 | -13,04 | -22,25 | -32,38 |
| Витрати на гривню продажів, грн. | 0,78 | 0,57 | 0,66 | -0,21 | 0,09 | -26,92 | 15,79 | -15,38 |
| Коефіцієнт забезпечення власними оборотними засобами запасів | 17,03 | 19,1 | 21,33 | 2,07 | 2,23 | 12,16 | 11,68 | 25,25 |
| Середня кількість працівників, осіб | 333 | 306 | 304 | -27 | -2 | -8,11 | -0,65 | -8,71 |
| Фонд оплати праці, тис. грн. | 18 927 | 26 033 | 31 008 | 7 106 | 4 975 | 37,54 | 19,11 | 63,83 |
| Продуктивність праці, тис. грн. | 105,54 | 64,03 | 130,62 | -41,51 | 66,59 | -39,33 | 104 | 23,76 |

В IV кв. 2018 р. чистий дохід КП «ХМЦПМСД №2» становив 35 671 тис. грн. В загальному обсязі доходів частка коштів, що надійшли від Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ) складає 93,2 %.

Окрім доходу від реалізації послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, КП «ХМЦПМСД №2» отримало доходи з місцевого бюджету у вигляді цільового фінансування, доходи від здачі в оренду приміщень та доходи з місцевого бюджету для безоплатного та пільгового забезпечення медикаментами – 2060,3 тис. гривень.

За результатами діяльності IV кв. 2018 року було отримано 7 914 тис. грн чистого прибутку та 16358,6 тис. грн чистого прибутку за весь 2018 рік..

На кінець досліджуваного періоду (II кв. 2019 р.) чистий дохід становить 40 402 тис. грн., що на 13,26% більше показника на початок періоду аналізу (IV кв. 2018 р.). Це вказує на здатність підприємства діяти в складних економічних умовах, використовувати наявні конкурентні переваги, задовольняти потреби свого цільового сегменту ринку. Це призводить до того, що у підприємства залишається більше фінансових ресурсів для того, щоб покрити постійні і змінні витрати, заохочувати ефективних співробітників, погашати фінансові зобов'язання, вирішувати інші оперативні та стратегічні завдання.

Про зниження ефективності господарських процесів на підприємстві свідчить чистий дохід, що зменшується швидшими темпами (13,26%), ніж собівартість (4,3% за IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр.). Важливо досягати протилежної ситуації, що дозволить формувати більш відчутний фінансовий результат КП «ХМЦПМСД №2».

Валовий прибуток КП «ХМЦПМСД №2» був додатнім на кінець II кв. 2019 р. і становив 13 839 тис. грн. проти 7 914 тис. грн. в IV кв. 2018 р., що вказує на ефективні операційні процеси, які дозволяють створювати додану вартість в рамках щоденної діяльності трудового колективу. Як результат, залишаються додаткові фонди, які можуть використовуватися для здійснення управлінських витрат, витрат на збут, фінансових витрат.

Операційна маржа підприємства є індикатором конкурентоспроможності, тому високе значення такого показника говорить про якісні товари та послуги підприємства, що забезпечує стійке положення на конкурентному ринку. В II кв. 2019 р. КП «ХМЦПМСД №2» на кожен гривню продажів заробило 30,86 копійок операційного прибутку. Управлінці не виконують свою роботу, а саме - не шукають можливості забезпечення більш високої ефективності операційних процесів підприємства, про що свідчить скорочення показника на -14,78 в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр.

Залучені основні засоби КП «ХМЦПМСД №2» використовуються в операційному процесі більш інтенсивно, про що свідчить зростаюча фондвіддача (поточне значення становить 8,72 проти базового 4,57). В II кв. 2019 р. кожна вкладена в основні засоби гривня дозволила виробити (надати) 8,72 гривень медичних послуг.

В табл. 2.3 наведена динаміка показників майнового стану КП «ХМЦПМСД №2» в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр.

Таблиця 2.3 - Динаміка показників майнового стану КП «ХМЦПМСД №2» в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр., тис. грн.

| Показники | Рік | | | Абсолютний приріст, +,- | | Відносний приріст, % | | |
|---|-------------|------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | IV кв. 2018 | I кв. 2019 | II кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | II кв. 2019 / IV кв. 2018 |
| Частка обігових виробничих фондів у оборотних активах | 0,06 | 0,05 | 0,05 | -0,01 | 0 | -16,67 | 0 | -16,67 |
| Частка основних засобів у активах | 0,18 | 0,15 | 0,13 | -0,03 | -0,02 | -16,67 | -13,33 | -27,78 |
| Коефіцієнт зносу основних засобів | 0,7 | 0,68 | 0,7 | -0,02 | 0,02 | -2,86 | 2,94 | 0 |
| Коефіцієнт оновлення основних засобів | - | 0,07 | 0,08 | - | 0,01 | - | 14,29 | - |
| Коефіцієнт мобільності активів | 3,44 | 4,07 | 4,8 | 0,63 | 0,73 | 18,31 | 17,94 | 39,53 |

Наведені дані свідчать про те, що КП «ХМЦПМСД №2» не проводило активне оновлення основних засобів у II кв. 2019 р., що може призвести до зниження

потенціалу підприємства.

Проаналізуємо спрямування коштів досліджуваним підприємством на придбання та технічне обслуговування медичного обладнання, поточний та капітальний ремонт приміщень, тощо.

Відповідно даних бухгалтерського обліку КП «ХМЦПМСД №2» за період з 01.07.2018 по 31.12.2019 за кошти, отримані від НСЗУ проведено поточних та капітальних ремонтів нежитлових приміщень, амбулаторій, системи опалення, водопостачання, влаштування пандусів, розробки кошторисної документації, здійснення авторського та технічного нагляду на загальну суму 2144,2 тис грн, (в тому числі: в II півріччі 2018 року – 237,9 тис. грн в 2019 році – 1906,2 тис. грн). Дані про спрямування коштів отриманих від НСЗУ на проведення ремонтів нежитлових приміщень, амбулаторій, влаштування пандусів наведені в табл. 2.4.

Таблиця 2.4 - Спрямування коштів отриманих від НСЗУ на проведення ремонтів нежитлових приміщень, амбулаторій, влаштування пандусів

| №з/п | Вид ремонту приміщень центру ПМСД№2 | Об'єкт | Сума, тис. грн |
|----------|-------------------------------------|----------------------|----------------|
| 2018 рік | | | |
| 1 | Поточний ремонт | вул. Подільська, 54 | 89,9 |
| 2 | Поточний ремонт | проспект Миру, 61 | 125,4 |
| 3 | Поточний ремонт | вул. Курчатова, 1 | 13,7 |
| 2019 рік | | | |
| 4 | Капітальний ремонт | вул. Зарічанська, 4 | 224,7 |
| 5 | Капітальний ремонт | вул. Філатова, 4 | 288,6 |
| 6 | Поточний ремонт | проспект Миру, 61 | 159,3 |
| 7 | Поточний ремонт | вул. Зарічанська, 30 | 159,3 |
| 8 | Влаштування пандусів | вул. Зарічанська, 30 | 47,7 |
| 9 | Влаштування пандусів | вул. Залізняка, 34/1 | |

Таким чином, за період з 2018 по 2019 роки поточні та капітальні ремонти здійснені у 10 амбулаторіях КП «ХМЦПМСД№2», що складає 83,3 % від загальної кількості амбулаторій. Проте, це недостатньо з точки зору ефективності використання основних фондів підприємства.

Наявність в КП «ХМЦПМСД №2» обладнання, устаткування та засобів,

визначено відповідним табелем матеріально-технічного оснащення, необхідних для надання первинної медичної допомоги, терміни його використання, нарахований знос та технічний стан.

Виходячи з фактичної наявності обладнання, устаткування та засобів, передбачених примірним табелем матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу, затвердженого наказом МОЗ України від 26.01.2018 №148 (в редакції наказу МОЗ України від 08.04.2019 №797) відсоток забезпеченості закладу складає 99,3%

Розбіжність в наявності обладнання, устаткування та засобів, необхідних для забезпечення надання первинної медичної допомоги відображено в табл. 2.5.

Таблиця 2.5 – Розбіжності в оснащенні по КП «ХМЦПМСД №2» згідно примірного таблицю оснащення станом на 01.05.2020

| Т№ з/п | Найменування обладнання | Розбіжності | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---|-------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---|--|
| | | Не дооснащено | | | | | Надлишок | | | | | |
| | | на 1 надавача ПМД | на 1 кабінет надання ПМД | Кількість робочих місць персоналу | на 1 лікаря з надання ПМД | на 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою | на 1 надавача ПМД | На 1 кабінет надання ПМД | Кількість робочих місць персоналу | на 1 лікаря з надання ПМД | на 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 11 | Ваги для дітей | | 16 | | | | | | | | | |
| 22 | Медична вимірювальна стрічка | | | | | | | | | 111 | | |
| 33 | Термометри | | | | | 15 | | | | | | |
| 44 | Тонометри | | | | | 76 | | | | | | |
| 55 | Пульсоксиметри | | | | 11 | | | | | 1 | | |
| 66 | Отоофтальмоскоп | | | | | | | | | 33 | | |
| 77 | Медичний ліхтарик | | | | | | | | | 8 | 8 | |
| 88 | Електрокардіограф | | 39 | | | | | | | | | |
| 99 | Пікфлуометр | | | | 313 | | | | | | | |
| 110 | Молоток неврологічний | | | | 33 | | | | | | | |
| 111 | Глюкометри в комплекті | | | | | | | | | 119 | | |
| 112 | Центрифуга | 12 | | | | | | | | | | |
| 113 | Сумка лікаря/медсестри | | | | 11 | 108 | | | | | | |
| 114 | Сумка холодильник | | | | | | 9 | | | | | |
| 115 | Кушетка | | | | | | | 445 | | | | |

Кінець таблиці 2.5

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--------|--|----|-----|----|------|-----|----|------|------|-----|----|
| 116 | Шафа для зберігання лікарських засобів | | 58 | | | | | | | | |
| 117 | Сповивальний столик | | | | | | 6 | | | | |
| 918 | Контейнери для інструментарію | | | | | | | 998 | | | |
| 119 | Стільці | | | | | | | | 1180 | | |
| 220 | Лавки | | | | | | | | 332 | | |
| 221 | Столи | | | | | | | | 337 | | |
| 222 | Шафи | | | | | | | | 881 | | |
| 123 | Автомобіль легковий | | | | 1109 | | | | | | |
| 224 | Транспортні засоби | | | | | 108 | | | | | |
| Всього | | 12 | 113 | 00 | 1127 | 307 | 15 | 1143 | 3330 | 241 | 0 |

Зазначеним аналізом встановлено недооснащення закладу обладнанням, устаткуванням та засобами, передбаченими примірним табелем матеріально-технічного оснащення в основному за рахунок незабезпечення молодших спеціалістів з медичною освітою: термометрами – в кількості 15 шт; тонометрами – 76 шт; сумками лікаря/медсестри – 108 шт; транспортними засобами – 108 шт.

Лікарів з надання ПМД – одного пульсоксиметра, пікфлуометра в кількості 13 од, молоточків неврологічних – 3 шт, сумки лікаря/медсестри – 1 од та автомобілями легковими – 109 одиниць.

Крім того, кабінети з надання ПМД недооснащено електрокардіографами в кількості 39 шт та шафами для зберігання лікарських засобів в кількості 58 од. На 1 надавача ПМД відсутні центрифуги в кількості 12 од, що передбачені табелем оснащення, в зв'язку з відсутністю необхідності проводити аналізи (загальний аналіз крові, холестерин крові) ручним методом.

Поряд з цим, понад визначену потребу заклад забезпечений сумками-холодильниками, сповивальними столиками, кушетками, контейнерами для інструментарію, офісними меблями, медичними вимірювальними стрічками, отоофтальмоскопами, медичними ліхтариками та глюкометрами в комплекті.

«ХМЦПМСД №2» придбано близько 138 одиниць основних засобів на суму 3038,8 тис. грн, в тому числі: персональних комп'ютерів в комплекті – 84 од. на суму 1312,74 тис. грн; електрокардіографів портативних 12 каналних «Мідас» – 15 штук на суму 521,65 тис. грн; гематологічний аналізатор вартістю 178000,0

грн; електрокардіологічних комплексів «Кардіолаб» – 11 штук на суму 605,0 тис. грн; автоматичних зовнішніх дефібриляторів – 3 од на суму 199890,0 грн; стерилізаторів повітряних – 5 од на суму 70800,0 гривень.

Крім того, з метою забезпечення надання первинної медичної допомоги придбано близько 969 одиниць медичного устаткування та обладнання на суму 1332723,20 грн, а саме: ваги для новонароджених, столи пеленальні, молотки неврологічні, сумки холодильники, контейнери для обробки інструментів, стетоскопи, ростоміри, вимірювачі артеріального тиску, офтальмоскоп, та інше.

Проведений аналіз засвідчив, що переважна частина основних засобів, якими оснащені амбулаторії КП «ХМЦПМСД №2» придбані в основному в 2018-2020 роках та знаходяться в технічно-справному стані з відсотком зносу до 30%.

Крім того, АЗП-СМ оснащені малоцінними необоротними матеріальними активами на загальну суму 2299,1 тис. грн, по яким нараховано знос у розмірі 100% при вводі в експлуатацію.

Аналіз кадрових ресурсів КП «ХМЦПМСД №2» засвідчив, що для надання первинної медико-санітарної допомоги населенню на кінець 2018 року було передбачено 139 штатних посад лікарів, з них 63 посади лікарів загальної практики сімейних лікарів, 34 посад – дільничних педіатрів, 34 – дільничних терапевтів (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 - Аналіз кадрових ресурсів КП «ХМЦПМСД №2»

| Основні показники | Одиниця | Рік | | Абсолютний приріст, +/- | Відносний приріст, % |
|-------------------------------|---------|--------|--------|-------------------------|----------------------|
| | | 2018 | 2019 | | |
| Штатних посад лікарів | чол. | 139 | 122 | -17 | -12,23 |
| Фізичних осіб лікарів, з них: | чол. | 121 | 115 | -6 | -4,96 |
| - сімейних лікарів | чол. | 63 | 70 | 7 | 11,11 |
| - дільничних педіатрів | чол. | 34 | 35 | 1 | 2,94 |
| - дільничних терапевтів | чол. | 34 | 35 | 1 | 2,94 |
| - керівників (ОУОЗ) | чол. | 3 | 3 | 0 | 0,00 |
| Фізичних осіб смп | чол. | 155 | 133 | -22 | -14,19 |
| Кількість відвідувань | одиниць | 748905 | 696694 | -52211 | -6,97 |

Усього на зазначених посадах працювало 121 лікарів, у тому числі 63 лікарів сімейної медицини, 34 дільничних педіатри та 34 дільничних терапевтів. У цілому укомплектованість посад лікарів первинної медико-санітарної допомоги складала 87,1%. На кінець 2019 року було передбачено 122 штатних посади лікарів, з них 70 посад лікарів загальної практики сімейних лікарів, 355 посад – дільничних педіатрів, 35 – дільничних терапевтів. Укомплектованість посад лікарів первинної медико-санітарної допомоги в 2019 році складала 94,3%.

Станом на 01.01.2020, відповідно до Інформації про кількість вакантних посад лікарів, розміщених в відкритому доступі мережі Інтернет, вакантними залишались 2 посади лікарів загальної практики сімейних лікарів, 1 педіатр та 1 статистик.

Проаналізувавши показники ефективності управління персоналом та мотивацією КП «ХМЦПМСД №2» в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр. (табл.2.7) можна зазначити, що персонал досліджуваного підприємства працював більш продуктивно в II кв. 2019 р. Про це свідчить обсяг доданої вартості на одну особу в розмірі 130,62 тис. грн. проти 105,54 тис. грн. в IV кв. 2018 р. Це говорить про продуману політику управління трудовими ресурсами. Така динаміка пояснюється зростаючими темпами доданої вартості в умовах скорочення чисельності залученого персоналу.

Таблиця 2.7 - Показники ефективності управління мотивацією і персоналом КП в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр.

| Показники | Рік | | | Абсолютний приріст, +/- | | Відносний приріст, % | | |
|--|-------------|------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | IV кв. 2018 | I кв. 2019 | II кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | II кв. 2019 / IV кв. 2018 |
| Продуктивність праці, тис. грн. | 105,54 | 64,03 | 130,62 | -41,51 | 66,59 | -39,33 | 104 | 23,76 |
| Рентабельність витрат на оплату праці, % | 83,9 | 91,95 | 64,24 | 8,05 | -27,71 | 9,59 | -30,14 | -23,43 |
| Зарплатовіддача | 1,81 | 2,21 | 1,95 | 0,4 | -0,26 | 22,1 | -11,76 | 7,73 |
| Зарплатоємність | 0,54 | 0,45 | 0,5 | -0,09 | 0,05 | -16,67 | 11,11 | -7,41 |

Важливим показником, який вказує на ефективність управління персоналом і

мотивацією, є рентабельність витрат на персонал. Зниження показника з 83,9% до 64,24% вказує на те, що в цілому політика управління кадрами є неякісною, тому що з кожним наступним періодом кожна гривня витрат на персонал приносить менший результат для досліджуваного підприємства.

Одночасно відбувається зростання зарплатовіддачі, що є аргументом на користь менеджменту. Все ж чистий прибуток формується в умовах дії великої кількості факторів, в той час як виручка і додана вартість - безпосередньо під впливом роботи персоналу. Така ситуація свідчить про необхідність подальшого пошуку резервів підвищення ефективності роботи КП «ХМЦПМСД №2».

Зарплатоємність на кінець періоду знизилася в порівнянні з початком періоду дослідження, що вказує на зростання ефективності мотиваційної політики. Варто звернути увагу на ще один аспект. Протягом періоду IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр. продуктивність праці зросла на 23,76%, в той час як середня заробітна плата - на 79,48%. Це вказує на те, що додана вартість розподіляється на користь працівників. Така ситуація не може тривати довго, тому що підприємству завжди необхідні кошти для подальшого розвитку.

У 2019 році до лікарів КП «ХМЦПМСД №2» було зроблено 696,694 тисяч відвідувань, що у середньому на 1-у посаду лікаря складало 6111 відвідувань. Порівняно із 2018 роком (7065 відвідувань) даний показник знизився на 13,5%.

Станом на 01.01.2020 відповідно до статистичних даних Підприємства 35-ма лікарями педіатрами закладу укладено 29522 декларацій, тобто в середньому по 843 декларації на лікаря; п'ятьма терапевтами КП «ХМЦПМСД №2» укладено 8501 декларацію, (в середньому по 1700 декларацій на лікаря). Найбільшу кількість декларацій – 106979 укладено 76 лікарями загальної практики сімейної медицини сімейними лікарями (в середньому по 1407 декларацій на лікаря) з яких: 49 спеціалістами – з обсягом практики до 1800 декларацій (від 90 до 1776) та 27 сімейними лікарями – з навантаженням понад 1800 декларацій (від 1804 до 1976).

2.4 Фінансовий аналіз КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2»

Забезпечення фінансової стійкості медичних закладів - основне завдання економічного аналізу медичних установ. Фінансовий аналіз є складовою частиною економічного аналізу.

Метою фінансового аналізу є визначення напрямів і кількісне обчислення резервів збільшення ринкової вартості підприємства на підставі дослідження стану і динаміки показників, що характеризують фінансово-господарську діяльність підприємства, та факторів, які зумовлюють зміну цих показників.

Фінансове становище характеризує статику, стан фінансової установи на певний момент, конкретну дату. Універсальним документом, що відображає фінансовий стан медичних установ і результати їх фінансової діяльності, є бухгалтерський баланс.

За даними статистичної звітності КП «ХМЦПМСД №2» (Додаток А) динаміка активів в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр. відображена в табл.2.8.

Таблиця 2.8 - Динаміка активів КП «ХМЦПМСД №2», тис. грн.

| Показники | Рік | | | Абсолютний приріст, +/- | | Відносний приріст, % | | |
|---|-------------|------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | IV кв. 2018 | I кв. 2019 | II кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | II кв. 2019 / IV кв. 2018 |
| Нематеріальні активи | 67 | 64 | 60 | -3 | -4 | -4,48 | -6,25 | -10,45 |
| Незавершені капітальні інвестиції | 939 | 1 517 | 1 546 | 578 | 29 | 61,55 | 1,91 | 64,64 |
| Основні засоби: | 4 129 | 4 591 | 4 671 | 462 | 80 | 11,19 | 1,74 | 13,13 |
| НЕОБОРОТНІ АКТИВИ | 5 135 | 6 172 | 6 277 | 1 037 | 105 | 20,19 | 1,7 | 22,24 |
| Виробничі запаси | 1 004 | 1 268 | 1 363 | 264 | 95 | 26,29 | 7,49 | 35,76 |
| Запаси | 1 004 | 1 268 | 1 363 | 264 | 95 | 26,29 | 7,49 | 35,76 |
| Інша поточна дебіторська заборгованість | 110 | 154 | 150 | 44 | -4 | 40 | -2,6 | 36,36 |
| Гроші та їх еквіваленти | 16 562 | 23 663 | 28 588 | 7 101 | 4 925 | 42,88 | 20,81 | 72,61 |
| Витрати майбутніх періодів | 6 | 7 | 9 | 1 | 2 | 16,67 | 28,57 | 50 |
| ОБОРОТНІ АКТИВИ | 17 682 | 25 092 | 30 110 | 7 410 | 5 018 | 41,91 | 20 | 70,29 |
| БАЛАНС | 22 817 | 31 264 | 36 387 | 8 447 | 5 123 | 37,02 | 16,39 | 59,47 |

Зростаюча сума активів КП «ХМЦПМСД №2» становила в II кв. 2019 р. 36 387 тис. грн. проти 22 817 тис. грн. в IV кв. 2018 р. (рис.2.9). На таку динаміку (приріст 59,47%) вплинули як оборотні, так і необоротні активи. Оборотні збільшилися на 70,29%, необоротні - на 22,24% в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр.

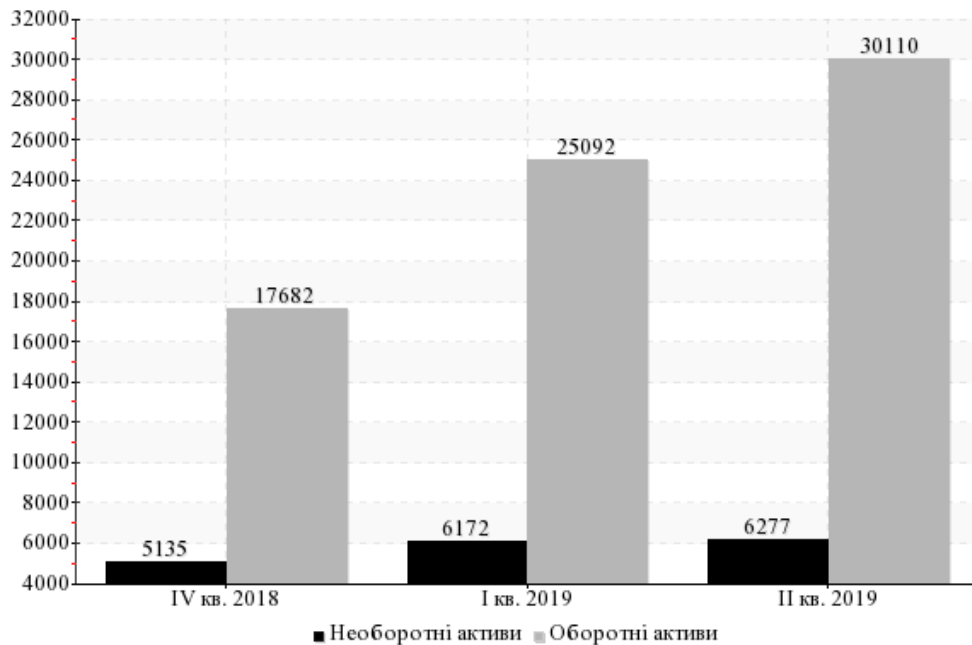


Рисунок 2.9 - Динаміка активів КП «ХМЦПМСД №2»

Стимулюючий вплив на розмір загальної суми здійснювали наступні елементи активів КП «ХМЦПМСД №2»: виробничі запаси (+35,76%); запаси (+35,76%); інша поточна дебіторська заборгованість (+36,36%); гроші та їх еквіваленти (+72,61%); витрати майбутніх періодів (+50%); незавершені капітальні інвестиції (+64,64%); основні засоби: (+13,13%). Негативний вплив здійснили нематеріальні активи (-10,45%).

Основні засоби активно використовуються у щоденній діяльності КП «ХМЦПМСД №2». Їх вартість збільшилася з 4 129 тис. грн. в IV кв. 2018 р. до 4 671 тис. грн. в II кв. 2019 р.

Це пов'язано з активною політикою управління основними засобами, що передбачає їх ремонт, оновлення, тобто здійснення як простого, так і розширеного відтворення. Як результат, господарський потенціал підприємства зростає.

Загальний обсяг доступних джерел фінансування для формування активів підвищився на 59,47% протягом IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр. за рахунок власного капіталу (на 58,99%), довгострокових (на -106) і короткострокових зобов'язань (на 59,79%). Як результат, КП «ХМЦПМСД №2» стає більш фінансово маневреним, здатним проводити більш активну операційну і інвестиційну діяльність.

Структура активів КП «ХМЦПМСД №2» та динаміка її зміни відображена в табл.2.9. Важливими елементами оборотних активів КП «ХМЦПМСД №2» були: виробничі запаси (частка дорівнює 4,4%); запаси (частка дорівнює 4,4%); гроші та їх еквіваленти (частка дорівнює 72,59%).

Серед необоротних активів важливу роль відігравали: незавершені капітальні інвестиції (частка дорівнює 4,12%); основні засоби: (частка дорівнює 18,1%).

Таблиця 2.9 - Структура активів КП «ХМЦПМСД №2» в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр., %

| Показники | Рік | | | Абсолютний приріст (відхилення), +,- | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | IV кв. 2018 | I кв. 2019 | II кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | II кв. 2019 / IV кв. 2018 |
| Нематеріальні активи | 0,29 | 0,2 | 0,16 | -0,09 | -0,04 | -0,13 |
| Незавершені капітальні інвестиції | 4,12 | 4,85 | 4,25 | 0,73 | -0,6 | 0,13 |
| Основні засоби: | 18,1 | 14,68 | 12,84 | -3,42 | -1,84 | -5,26 |
| НЕОБОРОТНІ АКТИВИ | 22,51 | 19,74 | 17,25 | -2,77 | -2,49 | -5,26 |
| Виробничі запаси | 4,4 | 4,06 | 3,75 | -0,34 | -0,31 | -0,65 |
| Запаси | 4,4 | 4,06 | 3,75 | -0,34 | -0,31 | -0,65 |
| Інша поточна дебіторська заборгованість | 0,48 | 0,49 | 0,41 | 0,01 | -0,08 | -0,07 |
| Гроші та їх еквіваленти | 72,59 | 75,69 | 78,57 | 3,1 | 2,88 | 5,98 |
| Витрати майбутніх періодів | 0,03 | 0,02 | 0,02 | -0,01 | 0 | -0,01 |
| ОБОРОТНІ АКТИВИ | 77,49 | 80,26 | 82,75 | 2,77 | 2,49 | 5,26 |
| БАЛАНС | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 |

КП «ХМЦПМСД №2» характеризується прийнятною фінансовою гнучкістю, оскільки частка необоротних активів знижується, а частка оборотних активів знаходиться на більш високому рівні. На кінець II кв. 2019 р. активи сформовані

на 17,25% з необоротних та 82,75% з оборотних (рис.2.10).

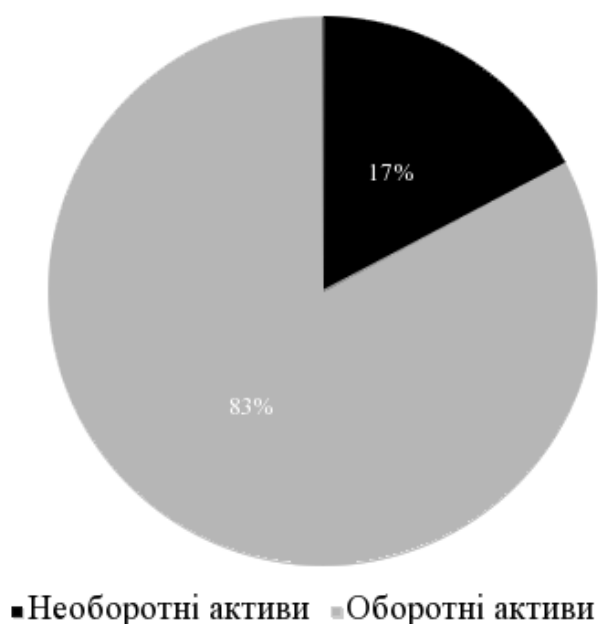


Рисунок 2.10 - Структура активів КП «ХМЦПМСД №2», %

В структурі джерел фінансування активів (табл. 2.10) на протязі всього періоду частка власного капіталу КП «ХМЦПМСД №2» в джерелах фінансування активів була високою, що свідчить про низький ризик втрати свого капіталу кредиторами. Більшу частину джерел фінансування активів підприємства складають власні, що знижує залежність від зовнішніх кредиторів. Крім цього, підприємство виглядає більш надійним позичальником, так як інтереси банку або інших партнерів підприємства захищені в разі банкрутства.

КП «ХМЦПМСД №2» сформувало власний капітал з наступних елементів:

- зареєстрований (пайовий) капітал (частка дорівнює 26,09%)
- нерозподілений прибуток (непокритий збиток) (частка дорівнює 71,35%)

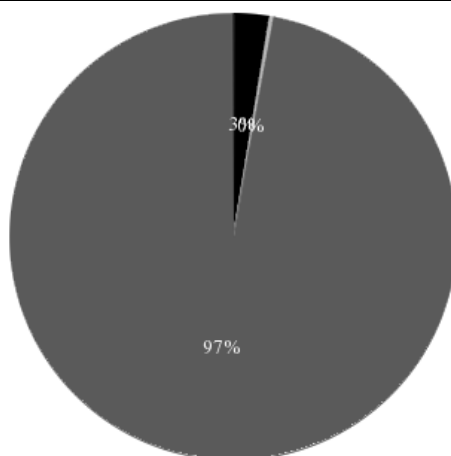
На кінець II кв. 2019 р. джерела фінансування КП «ХМЦПМСД №2» склалися з короткострокових зобов'язань на 2,56%, з довгострокових зобов'язань на 0,29%, з власного капіталу на 97,15% (рис. 2.11) .

КП «ХМЦПМСД №2» демонструє істотну частку нерозподіленого прибутку в загальній структурі фінансування активів, що говорить про те, що компанії вдалося проводити ефективну діяльність протягом тривалого періоду часу, що і

забезпечило приріст власного капіталу за рахунок нерозподіленого прибутку.

Таблиця 2. 10 - Структура джерел фінансування КП «ХМЦПМСД №2» в IV кв. 2018 - II кв. 2019 рр., %

| Показники | Рік | | | Абсолютний приріст, +/- | | |
|--|--------------|-------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | IV кв. 2018 | I кв. 2019 | II кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | II кв. 2019 / IV кв. 2018 |
| Зареєстрований (пайовий) капітал | 26,09 | 19,04 | 16,36 | -7,05 | -2,68 | -9,73 |
| Додатковий капітал | 0 | 0 | 0,06 | 0 | 0,06 | 0,06 |
| Нерозподілений прибуток (непокритий збиток) | 71,35 | 78,16 | 80,73 | 6,81 | 2,57 | 9,38 |
| ВЛАСНИЙ КАПІТАЛ | 97,45 | 97,2 | 97,15 | -0,25 | -0,05 | -0,3 |
| Цільове фінансування | 0 | 0,38 | 0,29 | 0,38 | -0,09 | 0,29 |
| ДОВГОСТРОКОВІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ І ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ | 0 | 0,38 | 0,29 | 0,38 | -0,09 | 0,29 |
| Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з бюджетом | 0,08 | 0,03 | 0,01 | -0,05 | -0,02 | -0,07 |
| Поточна кредиторська заборгованість за розрахунками з оплати праці | 0,52 | 0,21 | 0,29 | -0,31 | 0,08 | -0,23 |
| Поточна кредиторська заборгованість із внутрішніх розрахунків | 1,95 | 2,18 | 2,26 | 0,23 | 0,08 | 0,31 |
| ПОТОЧНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ І ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ | 2,55 | 2,41 | 2,56 | -0,14 | 0,15 | 0,01 |
| Баланс | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 |



■ Короткострокові зобов'язання ■ Довгострокові зобов'язання ■ Власний капітал

Рисунок 2.11 - Структура пасивів КП «ХМЦПМСД №2», %

Зростання залежності від зовнішніх постачальників фінансових ресурсів

призводить до підвищення уразливості і боргового навантаження, але в той же час до більш повного використання наявного господарського, виробничого та збутового потенціалу підприємства. Тому якщо КП характеризується досить високою маржею, то доцільно і далі залучати додаткові фінансові ресурси для інтенсифікації основної діяльності. На поточний момент частка довгострокових і короткострокових позикових коштів становить 2,85%.

При здійсненні фінансування активів КП «ХМЦПМСД №2» найважливішу роль відігравали такі елементи власного капіталу: зареєстрований (пайовий) капітал (частка дорівнює 16,36%); нерозподілений прибуток (непокритий збиток) (частка дорівнює 80,73%).

Для забезпечення власної фінансової стійкості, медичний заклад має бути платоспроможним. На кінець періоду дослідження рівень платоспроможності КП «ХМЦПМСД №2» є високим, адже активи і джерела фінансування є збалансованими за термінами. Це означає, що в разі необхідності підприємство зможе своєчасно погасити наявні зобов'язання. У підприємства на 27 658 тис. грн. більше найбільш ліквідних активів, ніж найбільш термінових зобов'язань. Тому можна стверджувати, що в разі, якщо вартість і якість активів оцінені адекватно, то проблем з платоспроможністю протягом найближчого року не виникне.

Динаміку показників ліквідності КП «ХМЦПМСД №2» наведено в табл.2.11 та рис. 2.12.

Таблиця 2.11 - Динаміка показників ліквідності КП «ХМЦПМСД №2»

| Показники | Рік | | | Абсолютний приріст (відхилення), +,- | | |
|--|----------------|---------------|----------------|---|-----------------------------|---------------------------------|
| | IV кв. 2018 | I кв. 2019 | II кв. 2019 | I кв. 2019 / IV кв. 2018 | II кв. 2019 / I кв. 2019 | II кв. 2019 / IV кв. 2018 |
| Коефіцієнт поточної ліквідності (покриття) | 30,38 | 33,23 | 32,38 | 2,85 | -0,85 | 2 |
| Коефіцієнт швидкої ліквідності | 28,66 | 31,55 | 30,91 | 2,89 | -0,64 | 2,25 |
| Коефіцієнт абсолютної ліквідності | 28,46 | 31,34 | 30,74 | 2,88 | -0,6 | 2,28 |
| Співвідношення короткострокової дебіторської та кредиторської заборгованості | 0,19 | 0,2 | 0,16 | 0,01 | -0,04 | -0,03 |

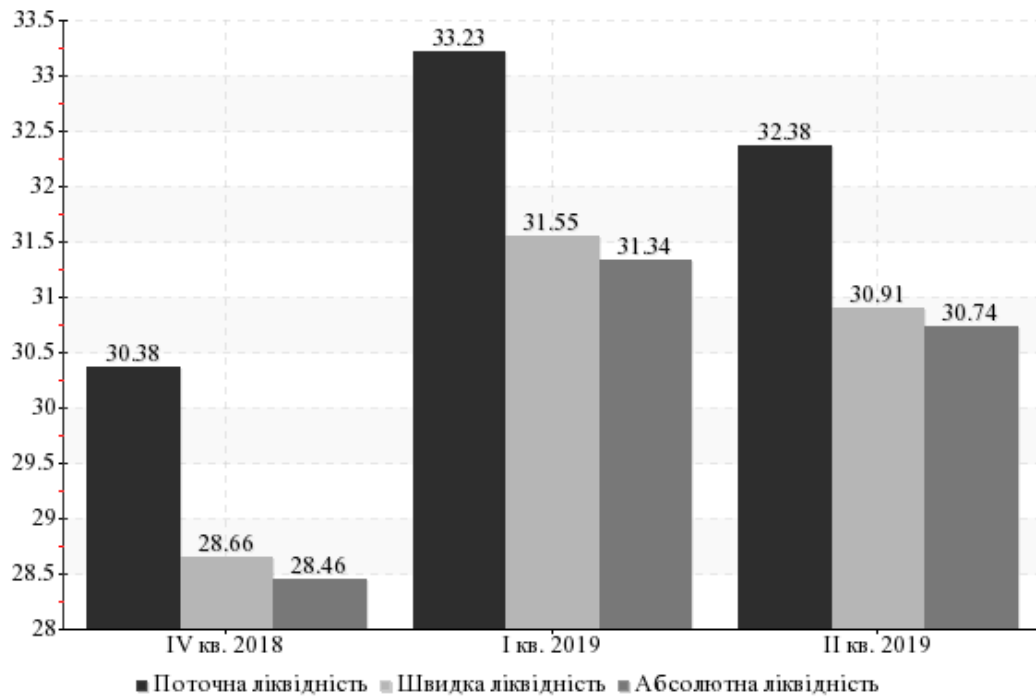


Рисунок 2.12 - Динаміка показників ліквідності КП «ХМЦПМСД №2»

Як видно з наведених даних, КП «ХМЦПМСД №2» на протязі трьох досліджуваних кварталів працювало в напрямку зниження короткострокових ризиків. Про це свідчить збільшення індикатора поточної ліквідності з 30,38 гривень до 32,38. Зіставивши його з нормативним (≥ 2), можна зробити висновок, що у підприємства не виникне проблем з погашенням зобов'язань перед постачальниками матеріальних ресурсів, послуг, фінансових ресурсів і так далі.

КП «ХМЦПМСД №2» мало можливість погасити 2866% своїх поточних зобов'язань протягом трьох-шести місяців з моменту першої звітної дати (IV кв. 2018 р.). На останню звітну дату (II кв. 2019 р.) значення показника знаходиться в нормативних межах, адже на кожен одиницю короткострокових зобов'язань у підприємства було 30,91 гривень оборотних активів, які можна було б швидко реалізувати на ринку і перетворити в грошову форму. Ризик несвоєчасного виконання зобов'язань КП протягом найближчого місяця був мінімальним, адже у підприємства було грошових коштів в розмірі 3074% від загальної суми поточних зобов'язань в II кв. 2019 р. Таке значення є високим і відображає спроможність медичного закладу погашати найбільш термінові зобов'язання.

2.5 Аналіз процедур організації та технологій проведення контролю якості надання медичної допомоги в КП «ХМЦПМСД №2»

Розрахунки КП «ХМЦПМСД №2» з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) за медичне обслуговування населення здійснюються на підставі договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Зокрема, між НСЗУ та КП «ХМЦПМСД №2» укладено договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій (Договір від 05.06.2018). Медичні послуги згідно з цим договором надаються відповідно до порядків надання медичної допомоги, затверджених МОЗ, з обов'язковим дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та в місцях надання медичних послуг, що визначені у додатку 2 до цього договору.

Цей договір є договором на користь третіх осіб – пацієнтів у частині надання їм медичних послуг КП «ХМЦПМСД №2». Пацієнт набуває прав на отримання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, згідно з договором з моменту подання надавачу в установленому законодавством порядку декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу.

Одним із обов'язків КП «ХМЦПМСД №2» медичних послуг згідно п.12 р.17 Договору від 05.06.2018 є забезпечення своєчасного внесення актуальної інформації про надавача, його керівника, медичних працівників, залучених осіб та уповноважених осіб до системи (електронна система охорони здоров'я).

Згідно п.4 Додатку 1 до Договору від 05.06.2018, загальна орієнтовна ціна договору становить 28715549 гривень.

На дату укладання договору тарифи та коригувальні коефіцієнти за медичні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою, становлять:

- за одного пацієнта, включеного до зеленого списку – 370 гривень на рік;
- за одного пацієнта, включеного до червоного списку (для комунальних закладів охорони здоров'я) – 240 гривень на рік.

Аналогічно, між НСЗУ та КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради

укладено договір від 24.01.2019 №19А-40887956-00 про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, загальна орієнтовна ціна якого становить 57 257801 гривень.

В узагальненому виді, перелік медичних послуг, що надаються КП «ХМЦПМСД№2» наведені на рис. 2.13.

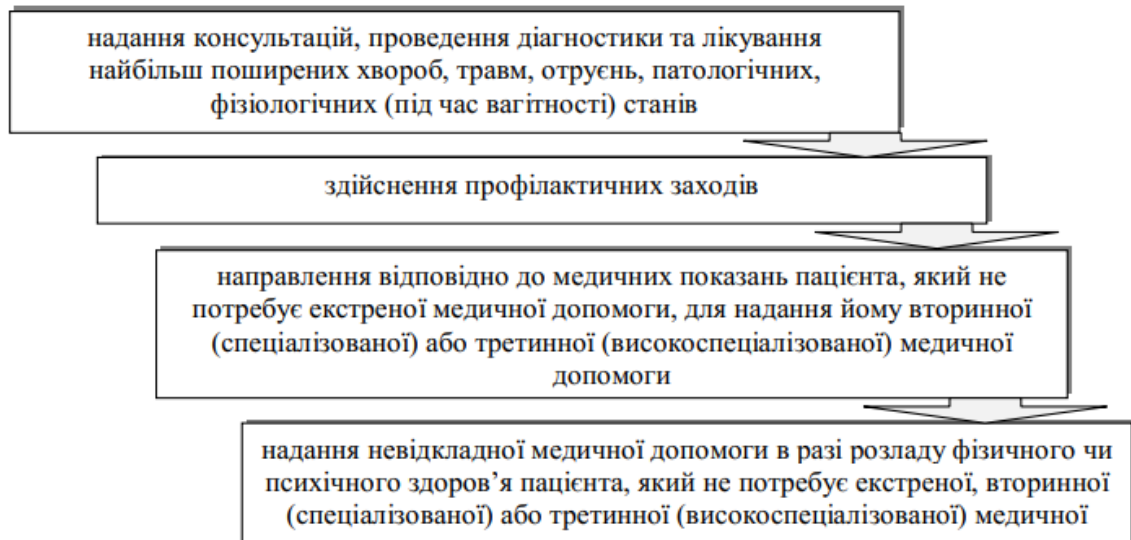


Рисунок 2.13 - Види медичної допомоги, що практикуються в КП «ХМЦПМСД№2»

Відповідно до статті 35.1 закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, наказу МОЗ №504, наказів Підприємства «Про організацію надання первинної медичної допомоги» від 02.07.2018 №40 та від 02.01.2019 №10/1 у рамках здійснення медичного обслуговування населення КП «ХМЦПМСД №2» організовує забезпечення пацієнтів медичними послугами, у тому числі лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями, а саме:

1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
2. Загальний аналіз сечі;
3. Глюкоза крові;
4. Загальний холестерин;
5. Вимірювання артеріального тиску;
6. Електрокардіограма;

7. Вимірювання ваги, зросту, окружність талії;

8. Швидкі тести на вагітність, тропініни, ВІЛ, вірусні гепатити.

Із зазначеного переліку КП «ХМЦПМСД №2» забезпечено проведення по місцю надання первинної допомоги: вимірювання артеріального тиску, електрокардіограми, вимірювання ваги, зросту, окружності талії, швидких тестів на вагітність, тропініни, ВІЛ, вірусні гепатити, частково глюкозу крові.

В разі направлення сімейних лікарів, в лабораторіях поліклінік №1, 2 міста Хмельницького проводились лабораторні дослідження на загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, загальний аналіз сечі, глюкозу крові, загальний холестерин.

Фінансування за проведення вищевказаних досліджень проводилось за рахунок коштів міського бюджету.

З метою отримання медичних послуг КП «ХМЦПМСД №2» забезпечено запис до лікаря населення шляхом:

- звернення до реєстратора (особисто під час відвідування амбулаторії або в телефонному режимі), який володіє всією інформацією щодо вільних годин прийому кожного лікаря, відсутності лікарів та їх заміни і безпосередньо здійснює запис на прийом;
- під час візиту до лікаря пацієнт може записатись до лікаря на наступний візит;
- в разі звернення до лікаря в телефонному режимі для консультації та в разі необхідності записатись на прийом;
- в разі наявності в пацієнта технічних можливостей – онлайн через особистий кабінет в медично-інформаційній системі Медікс (шляхом введення номеру мобільного телефону та паролю) і записатись до лікаря самостійно у зручний для себе час.

В організаційному аспекті від суб'єкта господарювання за місцем провадження медичної практики, вимагається розміщувати в доступному для споживача місці:

- 1) копію ліцензії;
- 2) інформацію про спеціальності найманих фахівців та наявність кваліфікаційної категорії;
- 3) перелік медичних послуг із зазначенням їх вартості відповідно до заявлених спеціальностей і видів медичної допомоги.

Дослідженням питання забезпечення КП «ХМЦ ПМСД №2» виконання вимог договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій встановлено, що первинна медична допомога надається пацієнтам безперервно, відповідно до затвердженого графіка роботи підприємства.

Крім того, інформація про контактні дані, графіки роботи КП «ХМЦПМСД №2» та його структурних підрозділів опублікована на офіційному сайті Хмельницької міської ради (рис. 2.14), в медичній інформаційній інтернет-системі Medics (рис.2.15) та на веб-сторінці закладу в соціальній мережі «Фейсбук» (рис.2.16), а також на сайті Національної служби здоров'я України (рис.2.17).

Хмельницька
МІСЬКА РАДА
офіційний сайт

Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2

Контактні дані

hmmcpmsd2@ukr.net
вул. Подільська, 54, індекс 29013
приймальня головного лікаря - (0382) 79 - 48 - 98 головний
бухгалтер - (0382) 65 - 64 - 46

Графік роботи

| День | Графік роботи | Обід |
|-----------|---------------|------|
| Понеділок | 08:00 - 19:00 | |
| Вівторок | 08:00 - 19:00 | |
| Середа | 08:00 - 19:00 | |
| Четвер | 08:00 - 19:00 | |
| П'ятниця | 08:00 - 19:00 | |
| Субота | 08:00 - 14:00 | |
| Неділя | 09:00 - 12:00 | |

Рисунок 2.14 - Інформація про КП «ХМЦПМСД №2» та його структурні підрозділи на офіційному сайті Хмельницької міської ради

| КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ | | 🕒 Пн - Пт: 08:00 - 19:00 Сб: 08:00 - 14:00 Нд: 09:00 - 12:00 |
|--|---|--|
| 📍 Подільська, 54, Хмельницький | | |
| Місця надання послуг | | |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №1 ПОДІЛЬСЬКА, 54, Хмельницький | 🕒 Пн - Пт: 08:00 - 19:00 Сб: 08:00 - 14:00 | |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №2 ПОДІЛЬСЬКА, 54, Хмельницький | 🕒 Пн - Пт: 08:00 - 19:00 Сб: 08:00 - 14:00 | |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №3 Курчатова, 1, Хмельницький | 🕒 Пн - Пт: 08:00 - 19:00 Сб: 08:00 - 14:00 | |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №4 ЗАЛІЗНЯКА, 14, Хмельницький | 🕒 Пн - Пт: 08:00 - 19:00 Сб: 08:00 - 14:00 | |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №5 Залізняка, 34/1, Хмельницький | 🕒 Пн - Пт: 08:00 - 19:00 Сб: 08:00 - 14:00 | |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №6 МИРУ, 61, Хмельницький | 🕒 Пн - Пт: 08:00 - 19:00 Сб: 08:00 - 14:00 | |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №7 Миру, 61, Хмельницький | 🕒 Пн - Пт: 08:00 - 19:00 Сб: 08:00 - 14:00 | |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №8 | 🕒 Пн - Пт: 08:00 - 19:00 | |

Рисунок 2.15 - Інформація про місця надання послуг в медичній інформаційній інтернет-системі Medics

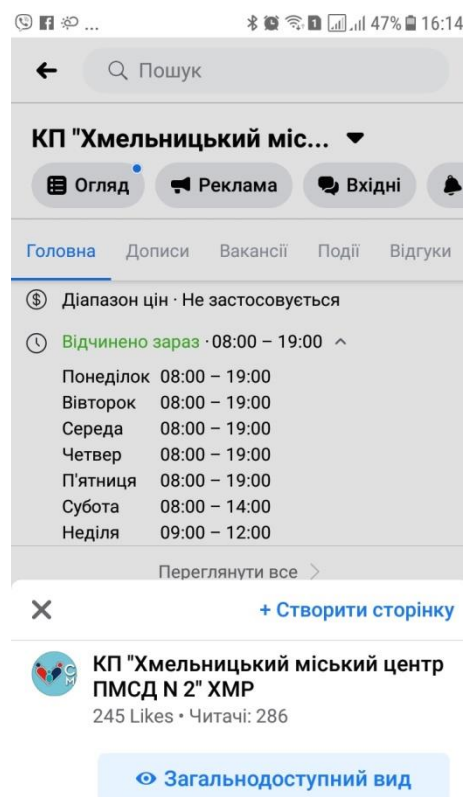


Рисунок 2.16 - Інформація на веб-сторінці закладу в соціальній мережі «ФБ»

| Перелік місць надання послуг та лікарів первинної медичної допомоги | | | | Надавачів з договором | Місць надання ПМД | Лікарів ПМД | |
|--|--|---|------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------|-------|
| | | | | 1 | 13 | 76 | |
| Надавач послуг | Місце надання послуг | Адреса місця надання послуг | Телефон | Спеціалізація | ПІБ лікаря | Декл. у лікаря | Ліміт |
| 40887956, КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ | Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №11 | ХМЕЛЬНИЦЬКА область, місто ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ, вулиця ФІЛАТОВА, 4 | +380683193987, +380382631034 | Сімейний лікар | Мігаль Лариса Альбінівна | 1978 | 1800 |
| 40887956, КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ | Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №12 | ХМЕЛЬНИЦЬКА область, місто ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ, вулиця ПОДІЛЬСЬКА, 171/1 | | | Ірчук Ірина Іванівна | 1977 | 1800 |
| 40887956, КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ | Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №2 | ХМЕЛЬНИЦЬКА область, місто ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ, вулиця ПОДІЛЬСЬКА, 4 | | | Івгуг Галина Іванівна | 1973 | 1800 |
| 40887956, КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ | Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №8 | ХМЕЛЬНИЦЬКА область, місто ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ, вулиця Зарічанська, 4 | | | Івгуг Галина Іванівна | 1958 | 1800 |
| 40887956, КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ | Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №11 | ХМЕЛЬНИЦЬКА область, місто ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ, вулиця ФІЛАТОВА, 4 | | | Івгуг Галина Іванівна | 1957 | 1800 |
| 40887956, КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2" ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ | Амбулаторія загальної практики сімейної медицини №11 | ХМЕЛЬНИЦЬКА область, місто ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ, вулиця ФІЛАТОВА, 4 | +380683192583, +380382631034 | Сімейний лікар | Машевська Ірина Іванівна | 1945 | 1800 |



Рисунок 2.17 - Кількість місць надання первинної медичної допомоги та кількість лікарів КП «ХМЦПМСД №2» [49]

Крім того, графіки роботи закладу знаходяться також в секретаря директора КП «ХМЦПМСД №2» для надання консультацій громадянам по телефонним зверненням. Всі графіки затверджені директором КП «ХМЦПМСД №2» Головка Л.Л.

З метою забезпечення безперервного надання населенню первинної медичної допомоги та для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів у вихідні та святкові дні КП «ХМЦПМСД № 2» самостійно утворює черговий кабінет ПМД. Надання ПМД населенню здійснюється безпосередньо в черговому кабінеті зі створенням безпечних умов праці медичного персоналу, що залучається до роботи в ньому. У черговому кабінеті може працювати від одного до декількох лікарів загальної практики - сімейних лікарі з урахуванням потреб населення. За потреби до роботи в черговому кабінеті може залучатись середній медичний персонал.

Організація надання ПМД у черговому кабінеті планується у межах норм робочого часу у порядку черговості згідно з графіками роботи кожного лікаря, поданих керівниками структурних підрозділів та затверджених керівником КП

«ХМЦПМСД № 2» щомісячно.

Примірники графіків чергувань, де зазначено посади лікарів, дати чергувань, години роботи, затверджуються директором КП «ХМЦПМСД № 2» та зберігаються також в секретаря директора КП «ХМЦПМСД №2» для надання інформації громадянам, що звертаються в телефонному режимі.

На період хвороби лікаря ПМД або за його відсутності з причин виникнення непередбачених обставин безперервність надання послуг з ПМД забезпечується шляхом заміни лікарем відповідної кваліфікації з іншої команди з надання ПМД за рішенням керівника структурного підрозділу та за погодженням керівником КП «ХМЦПМСД № 2».

Лікар за два тижні до запланованої відпустки зобов'язаний написати заяву та зазначити лікаря, який буде здійснювати заміну.

Про тимчасову відсутність лікаря з надання ПМД та його заміну на іншого лікаря з надання ПМД керівники відокремлених структурних підрозділів КП «ХМЦПМСД №2» повідомляють осіб, які належать до відповідної практики ПМД, із зазначенням відомостей щодо лікаря з надання ПМД, якого буде залучено на заміну тимчасово відсутнього лікаря з надання ПМД, шляхом забезпечення:

- розміщення відомостей про таку зміну в місці надання ПМД у доступному для пацієнтів місці – інформаційних дошках для оголошень, на рецепціях та кабінетах;
- розміщення відповідних відомостей на веб-сторінці КП «ХМЦПМСД № 2» в соціальній мережі «Фейсбук».

Крім того, в разі надходження інформації про тимчасову відсутність лікаря, медичною сестрою або реєстратором в інформаційній системі Medics вносяться зміни в графік прийому лікаря і повідомляється про його заміну. В разі наявності записів на прийом до лікаря на дні його відсутності, реєстратор в телефонному режимі зв'язується з пацієнтами, повідомляє їх про відсутність лікаря та узгоджує наступні дії (в разі необхідності перезаписує до іншого спеціаліста). В системі Medics години прийому до лікарів у період їх відсутності заблоковані.

Поряд з цим, в окремих лікарів в мобільному додатку «Viber» створені групи, в яких також повідомляється про відсутність лікаря та його заміну.

Під час проходження переддипломної практики проведено аналіз забезпечення підприємством своєчасного попередження пацієнтів про факти перебування у відпустці лікарів з якими укладено декларації та їх заміни шляхом перегляду відповідних об'яв на веб-сторінці КП «ХМЦПМСД №2» в соціальній мережі «Фейсбук». Зазначена інформація відображена в табл. 2.12.

Таблиця 2.12 – Інформування пацієнтів про перебування у відпустці лікарів

| № з/п | ПІБ та посада лікаря | № АЗПСМ | Термін відпустки | Дата повідомлення на веб-сторінці | За скільки днів повідомлено про заміну |
|-------|----------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------------------|--|
| 1 | Онуфрійчук К.Ф. лікар-педіатр | 8 | з 04.05.по 13.05.2020 | 27.04.2020 | 7 |
| 2 | Ярмоленко О.В. лікар-педіатр | 7 | з 01.06 по 30.06.2020 | 21.05.2020 | 10 |
| 3 | Бех Н.Д. лікар ЗП- СЛ | 7 | з 01.06 по 11.06.2020 | 21.05.2020 | 10 |
| 4 | Заєць Г.П. лікар-педіатр | 3 | з 25.05 по 07.06.2020 | 18.05.2020 | 8 |
| 5 | Арцимович О.С. лікар ЗП- СЛ | 8 | з 04.05.по 08.05.2020 | 23.04.2020 | 8 |
| 6 | Гаврилюк Л.М. лікар ЗП- СЛ | 7 | з 12.05. по 28.05.2020 | 04.05.2020 | 8 |
| 7 | Маярчак Н.М. лікар ЗП- СЛ | 7 | з 12.05. по 21.05.2020 | 04.05.2020 | 8 |
| 8 | Кисилівська І.М. лікар ЗП- СЛ | 5 | з 12.05. по 24.05.2020 | 08.05.2020 | 4 |
| 9 | Шекера Ю.В. лікар ЗП- СЛ | 5 | з 12.05. по 31.05.2020 | 08.05.2020 | 4 |
| 10 | Бортник В.І. лікар ЗП- СЛ | 7 | з 01.04. по 06.05.2020 | 28.04.2020 | 3 |
| 11 | Гатіна С.Г. лікар ЗП- СЛ | 3 | з 27.05. по 29.05.2020 | 15.05.2020 | 11 |
| 12 | Дрімак І.В. лікар ЗП- СЛ | 4 | з 25.05.по 03,06,2020 | 12.05.2020 | 12 |
| 13 | Іванія О.Р. лікар ЗП- СЛ | 4 | з 25.05.по 08.06.2020 | 12.05.2020 | 12 |
| 14 | Дзьоба Ю.А. лікар ЗП- СЛ | 7 | з 25.05. по 01.06.2020 | 19.05.2020 | 7 |
| 15 | Дворська О.О лікар ЗП-СЛ | 3 | з 09.06. по 26.06.2020 | 22.05.2020 | 19 |
| 16 | Білик Г.В. лікар- педіатр | 4 | з 01.06. по 15.06.2020 | 22.05.2020 | 10 |

Так, з 16 проаналізованих випадків у 13 – закладом забезпечено своєчасне попередження пацієнтів про факти перебування у відпустці лікаря з яким укладено декларації та його заміну на іншого лікаря, в інших 3 випадках терміни попередження не дотримані, чим не дотримано п.6 Наказу №504.

Факти перебування вищевказаних працівників у відпустці підтверджено даними відділу кадрів КП «ХМЦПМСД №2».

Контроль якості надання медичної допомоги хворим у КП «ХМЦПМСД №2» здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги вимогам державним стандартів, нормативів, клінічних протоколів, інших документів з медичної практики.

Здійснення внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги покладається на завідувачів лікарських амбулаторій.

Здійснення вибіркового внутрішнього контролю якості роботи підрозділів КП «ХМЦПМСД №2» покладається на заступника головного лікаря КП «ХМЦПМСД №2».

Координуюча, консультативна та дорадча функції з питань організації управління якістю медичної допомоги в КП «ХМЦПМСД №2» покладаються на медичну раду закладу, яку очолює головний лікар.

2.6 Оцінка рівня задоволеності якістю надання медичної допомоги КП «ХМЦПМСД №2»

Найпоширенішим способом вимірювання та моніторингу задоволеності споживача є їх опитування шляхом анкетування. За результатами опитування, такий рівень рекомендується розраховувати за формулою [50]:

$$R = I \times B, \quad (2.5)$$

де R – розрахунковий рівень задоволеності споживачів медичної послуги;

I - середнє значення виконання критеріїв або факторів задоволеності, включених в анкету або опитувальний лист споживача;

B – середнє значення важливості (або ступеня відповідності очікуванням) для споживача тих самих критеріїв.

Для проведення оцінки рівня задоволеності якістю медичних послуг, що надається КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2» нами була розроблена спеціальна анкета, повний зміст якої наведений в додатку Б.

Опитування здійснювалося серед пацієнтів, які приходили на прийом до сімейного лікаря Амбулаторії загальної практики сімейної медицини №11 Мігаль Л.А. (рис. 2.18).

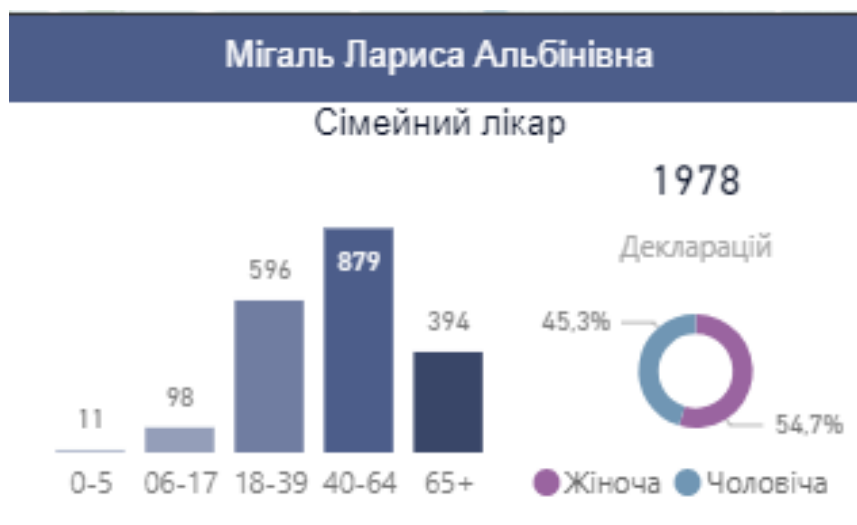


Рисунок 2.18 – Інформація про демографічні показники сімейного лікаря

Загальна кількість опитаних склала 32 особи, з яких 5 – осіб віком 30-35 років, 10 осіб віком від 40 до 60 років, і 17 осіб – люди старшого віку, понад 65 років.

Питання анкети включали найбільш важливі (ключові) аспекти надання послуг, які безпосередньо формують думку про якість і безпеку медичної допомоги.

Зокрема респондентам пропонувалося дати відповіді на питання:

Впродовж якого часу, після звернення, ви були прийняті сімейним лікарем?

Чи була Вам надана медична допомога в повному обсязі?

Чи отримали Ви достатню інформацію про Ваше захворювання, лікування та профілактику?

Чи забезпечується Ваше лікування необхідними медикаментами та медзасобами?

Чи задоволені Ви роботою лікаря та медичного персоналу?

Що у роботі медичного персоналу найчастіше викликає Ваше невдоволення?

Чи задоволені Ви якістю наданої медичної допомоги?

За результатами опитування можна зробити наступні висновки.

Основною характеристикою якості медичної послуги, яку отримували опитувані, вважають її результативність (70%), вчасність послуги (64%); уважне ставлення медперсоналу та репутація лікаря уважне ставлення (56%); економічна доступність послуги (32%); безпека медичного втручання (34%); повнота надання (25%). Узагальнені результати опитування за показником розуміння якості надання медичної послуги наведені на рис. 2.19.

На питання впродовж якого часу були прийняті пацієнти сімейним лікарем після звернення за допомогою, 72 % відповіли, що відразу після такого звернення; 10% - впродовж години, 8 % - впродовж дня, а 5% - на наступний день. Як відзначалося, проблема з відстроченням надання допомоги не була критичною і передбачала проведення відповідних консультацій з фахівцями.

Всі респонденти отримували медичну допомогу в повному обсязі, незадоволених повнотою надання не було. Такі ж результати були отримані щодо відповіді про достатність інформації, що надавалася пацієнту про його захворювання, алгоритм лікування та профілактичні дії.



Рисунок 2.19 - Сприйняття респондентами якості надання медичної допомоги КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2», %

Щодо забезпеченості медикаментами в процесі лікування хвороби, з якою пацієнти зверталися до лікаря, то відповіддю було «в основному так» - 86%, а 14% - відповіли, що «скоріше ні».

До роботи сімейного лікаря в процесі надання медичної допомоги не було висловлено жодної претензії або ж скарги і практично всі опитані цілком задоволені якістю наданих послуг. Розподіл відповідей щодо задоволеності пацієнтів роботою сімейного лікаря проілюстровані на рис 2.20.

Варто зазначити, що існують деякі відмінності в сприйнятті якості надання медичної допомоги за віковою ознакою. Більш молоді люди (до 40 років) у своїх відповідях були більш категоричними і претензійними, аніж люди старшого віку, які більше уваги звертають на уважне ставлення до себе, турботу, комунікацію з лікарем.

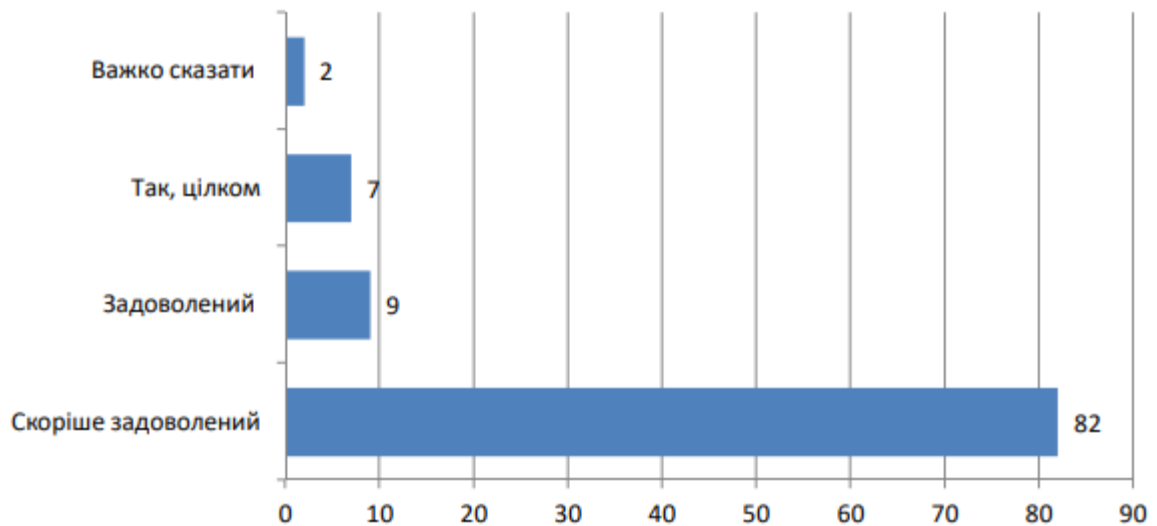


Рисунок 2.20 - Рівень задоволеності якістю надання медичної допомоги КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2», %

Вартим уваги є той факт, що практично не було висловлено зауважень щодо байдужості, неуважності або ж грубості зі сторони сімейного лікаря, відсутніми до часу опитування були і конфліктні ситуації та несприйняття поставлених діагнозів та процесу лікування.

2.6 SWOT- аналіз діяльності КП «ХМЦПМСД №2»

Для отримання інформації про організацію медичної допомоги КП «ХМЦПМСД №2» скористаємось сучасним методичним інструментарієм SWOT-аналізу, який дозволяє визначити стратегію закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг і виявити факторіальні компоненти, які впливають на показники здоров'я населення.

SWOT – аналіз – це метод стратегічного планування, який полягає у розподілі факторів і явищ на чотири категорії: Strengths (Сильні сторони), Weaknesses (Слабкі сторони), Opportunities (Можливості) и Threats (Загрози). Тобто SWOT-аналіз дозволяє виявити і структурувати сильні та слабкі сторони організації, а також потенційні можливості та загрози.

Методика аналізу полягає у порівнянні внутрішніх сил і слабких місць КП «ХМЦПМСД №2» з можливостями, які надає йому ринок. На підставі отриманих даних ми визначили вихідну матрицю SWOT-аналізу для КП «ХМЦПМСД №2» та напрямки його розвитку та сегмент розподілу ресурсів (табл. 2.13).

Таблиця 2.13 - Фактори SWOT КП «ХМЦПМСД №2»

| СИЛЬНІ СТОРОНИ | СЛАБКІ СТОРОНИ |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Населення довіряє нашим фахівцям (94% укладених декларацій)- Компактна та ефективна структура мережі ПМСД;- Територіальна доступність;- 100 % забезпечення комп'ютерною технікою;- Бажання розвиватись та застосовувати сучасні технології управління;- Напрацьовані успішні комунікації з владою;- Оновлення основних фондів (капітальні та поточні ремонти)- Орієнтованість на покращення інфраструктури та менеджменту медичного закладу- Наявна ФБ сторінка закладу | <ul style="list-style-type: none">- Недостатня кількість висококваліфікованих працівників певної спеціалізації.- 26% лікарів пенсійного віку- Не всі фахівці володіють сучасним діагностичними та лікувальними технологіями- Недостатня кількість та застаріле лікувально-діагностичне обладнання.- Недостатня кількість платних послуг- Неefективно використовуються площі, наявні вільні площі- Відсутня єдина інформаційна система в місті- Помірний рівень клієнтського сервісу- Відсутність навчальних занять з населенням |

Кінець таблиці 2.13

| МОЖЛИВОСТІ | ЗАГРОЗИ |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Активна позиція та зацікавленість в розвитку медицини місцевої влади; - Сприяння зацікавлених сторін щодо збільшення періодичних та капітальних фінансових вливань відповідно до нового стратегічного напрямку - Покращення служби забезпечення. - залучення молодих медичних працівників після закінчення ВУЗу - Позитивна громадська думка (позитивний імідж) з точки зору надання медичних послуг - Впровадження додаткових платних послуг - Вигоди від державного та приватного партнерства. - Участь у грантових програмах з розвитку системи охорони здоров'я | <ul style="list-style-type: none"> - Зменшення кількості пацієнтів, які уклали декларації з лікарями центру перехід на обслуговування в приватні ЛПЗ міста та до ФОП. - Конкуренція сімейних лікарів з лікарями вторинної ланки - Недостатність забезпечення засобами медичного призначення, лікарськими засобами й іншими товарами і послугами. - Зміни в законодавчій базі щодо функціонування первинної ланки. - Зміна вартості послуг (капітаційної ставки, вікових коефіцієнтів) - Плинність персоналу: вихід на пенсію, перехід на роботу в приватні заклади, виїзд на роботу за кордон. |
| <p>КЛЮЧОВІ ФАКТОРИ УСПІХУ КП «ХМЦПМСД №2».</p> | |
| <p>Ефективне лідерство, дисципліна, наявність адекватних та стабільних ресурсів, спільне бачення та визнанні цінності, зобов'язання та підтримка зацікавлених сторін, ефективне спілкування, сталий партнерський зв'язок та партнерське співробітництво, ефективне використання наявних ресурсів</p> | |

Висновки до другого розділу

Проаналізовано загальний стан якості надання медичної допомоги в Україні, в результаті аналізу якого визначено загальні тенденції, проблеми та причини, які детермінують потребу управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я та його вдосконалення (приміром, приналежність закладів охорони здоров'я до публічного сектору економіки; необхідність вирішення проблем, пов'язаних із управлінням якістю медичних послуг за умов обмежених матеріальних, фінансових, технічних ресурсів, що виділяють на охорону здоров'я). Вказано на переваги розвитку концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я.

Комунальне підприємство «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради створене з метою надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території міста Хмельницького, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я. ПМД надається пацієнтам в 13-ти амбулаторіях і на дому сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами. У Центрі працюють 69 лікарів загальної практики – сімейної медицини, 8 терапевтів та 37 педіатрів.

В результаті аналізу діяльності досліджуваного підприємства встановлено наступне:

Основні засоби активно використовуються у щоденній діяльності КП «ХМЦПМСД №2». Їх вартість збільшилася з 4 129 тис. грн. в IV кв. 2018 р. до 4 671 тис. грн. в II кв. 2019 р. Забезпеченість закладу обладнанням, устаткуванням та засобами складає 99,3%. Переважна частина основних засобів, якими оснащені амбулаторії КП «ХМЦПМСД №2» придбані в основному в 2018-2020 роках та знаходяться в технічно-справному стані з відсотком зносу до 30%.

Аналіз кадрових ресурсів КП «ХМЦПМСД №2» засвідчив укомплектованість посад лікарів первинної медико-санітарної допомоги в 2019 році складала 94,3%. Станом на 01.01.2020 вакантними залишались 2 посади лікарів загальної практики

сімейних лікарів, 1 педіатр та 1 статистик.

У 2019 році до лікарів КП «ХМЦПМСД №2» було зроблено 696,694 тисяч відвідувань, що у середньому на 1-у посаду лікаря складало 6111 відвідувань. Порівняно із 2018 роком показник знизився на 13,5%.

Найбільшу кількість декларацій укладено 76 лікарями загальної практики сімейної медицини сімейними лікарями (в середньому по 1407 декларацій на лікаря) з яких: 49 спеціалістами – з обсягом практики до 1800 декларацій та 27 сімейними лікарями – з навантаженням понад 1800 декларацій.

Первинна медична допомога надається пацієнтам безперервно, відповідно до затвердженого графіка роботи підприємства. Інформація про контактні дані, графіки роботи КП «ХМЦПМСД №2» та його структурних підрозділів опублікована на офіційному сайті Хмельницької міської ради, в медичній інформаційній інтернет-системі Medics, на веб-сторінці закладу в соціальній мережі «Фейсбук» та на сайті Національної служби здоров'я України.

Підприємством забезпечено проведення по місцю надання первинної допомоги: вимірювання артеріального тиску, електрокардіограми, вимірювання ваги, зросту, окружності талії, швидких тестів на вагітність, тропініни, ВІЛ, вірусні гепатити, частково глюкозу крові. В разі направлення сімейних лікарів, в лабораторіях поліклінік №1, 2 міста Хмельницького проводились лабораторні дослідження на загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, загальний аналіз сечі, глюкозу крові, загальний холестерин. Фінансування за проведення вищевказаних досліджень проводилось за рахунок коштів міського бюджету.

Здійснення внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги покладається на завідувачів лікарських амбулаторій. Здійснення вибіркового внутрішнього контролю якості роботи підрозділів покладено на заступника головного лікаря КП «ХМЦПМСД №2». Координуюча, консультативна та дорадча функції з питань організації управління якістю медичної допомоги в КП «ХМЦПМСД №2» покладені на медичну раду закладу, яку очолює головний лікар.

З метою оцінки рівня задоволеності якістю медичних КП «ХМЦПМСД №2»

здійснено опитування серед пацієнтів, які приходили на прийом до сімейного лікаря Амбулаторії загальної практики сімейної медицини №11 Мігаль Л.А. Основною характеристикою якості медичної послуги, яку отримували опитувані, вважають її результативність (70%), вчасність послуги (64%); уважне ставлення медперсоналу та репутація лікаря уважне ставлення (56%); економічна доступність послуги (32%); безпека медичного втручання (34%); повнота надання (25%).

SWOT-аналіз КП «ХМЦПМСД №2» дозволив виявити і структурувати сильні та слабкі сторони організації, а також потенційні можливості та загрози досліджуваного підприємства. На даний час в КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2» не сформована цілісна модель управління якістю надання медичних послуг. Оцінка та контроль здійснюється фрагментарно. Ці та інші питання потребують вирішення в найближчій перспективі.

З УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПМСД №2»

3.1 Концептуальні положення формування політики КП «ХМЦПМСД №2» в сфері якості

Реформування галузі охорони здоров'я громади, здійснення належного обсягу надання медичної допомоги населенню Хмельницької міської територіальної громади вимагає суттєвого покращання. Існуючі проблеми охорони здоров'я є непростими для вирішення, мають багатоаспектний комплексний характер, що обумовлює необхідність оновлення підходів до охорони здоров'я, розробки і реалізації нових стратегій та програм.

При формуванні інноваційної політики КП «ХМЦПМСД №2» основне значення набувають вибір і реалізація інструментів, що дозволяють істотно поліпшити якість медичної допомоги. У зв'язку з цим виникає необхідність отримання рекомендацій стосовно конкретних технологій управління якістю, найбільш цінними з яких є впроваджені на практиці і довели свою високу результативність.

Покращення якості надання медичної допомоги можливе лише при впровадженні нових інноваційних методів діагностики та лікування, закупівлі сучасного медичного обладнання та матеріальній мотивації праці медичних працівників. Досягнення даної мети можливе лише за умови раціонального використання наявних фінансових та кадрових ресурсів, а також консолідації бюджетів різних рівнів для оплати послуг, які будуть надаватися комунальними підприємствами Хмельницької міської ради.

У поліпшенні якості медичної допомоги КП «ХМЦПМСД №2» зацікавлені всі: населення, уряд, органи місцевого самоврядування, керівники МОЗ, роботодавці та медичні працівники (таблиця 3.1). Ефективність і чіткість

функціонування всіх ланок механізму поліпшення якості медичної допомоги можливі тільки при їх взаємодії (рис. 3.1). Для цього необхідно сформувавши політику в сфері якості та розробити комплексну програму управління якістю медичної допомоги КП «ХМЦПМСД №2» і забезпечити її виконання з чітким розмежуванням обов'язків і відповідальності.

Таблиця 3.1 – Стейкхолдери поліпшення якості надання медичної допомоги КП «ХМЦПМСД №2»

| Зацікавлені сторони | Вимоги | Об'єкт, якість якого досліджується |
|---|---|---|
| Пацієнт | Досягнення позитивного кінцевого результату лікування. Задоволеність від отриманої медичної допомоги | Медична послуга. Медична допомога населенню |
| Медичні працівники КП «ХМЦПМСД №2» | Досягнення позитивного кінцевого результату лікування пацієнта. Задоволеність умовами праці, корпоративними стосунками, можливістю професійного зростання, професійною безпекою, винагородою за якісну працю | Медична допомога конкретному пацієнту. Організація діяльності |
| Адміністрація КП «ХМЦПМСД №2» | Поліпшення стану здоров'я контингенту населення, яке обслуговується; оптимальний обсяг використання ресурсів; постійне поліпшення якості лікувально-діагностичного процесу; відсутність дефектів; задоволеність пацієнтів, власників компанії, вищих органів управління | Діяльність структурного підрозділу, закладу охорони здоров'я. Діяльність лікаря (медичного працівника). Кваліфікація, підготовка, перепідготовка медичних кадрів. Лікувально-діагностичний процес, ресурси. |
| Хмельницька територіальна громада, вищі органи управління | Медико-соціальна ефективність. Медико-економічна ефективність. | Медична допомога населенню. Діяльність закладів охорони здоров'я. |
| Громадські асоціації. Страхові компанії, Постачальники ресурсів | Досягнення позитивного кінцевого результату лікування. Додержання стандартів медичної допомоги. Відсутність дефектів лікування і скарг від пацієнтів. Дотримання укладених угод | Медична послуга, лікувально-діагностичний процес |

Управління якістю медичної допомоги складається з трьох основних видів діяльності: створення якості, поліпшення якості та контроль рівня якості.

В основі методології управління якістю медичної допомоги лежать такі чотири принципи.



Рисунок 3.1 – Загальна модель управління якістю медичної допомоги

1. Задоволення потреб і очікувань зовнішнього споживача (пацієнта) і внутрішнього споживача (медичного працівника).

Необхідно з'ясувати, що потрібно споживачу, чого він очікує від медичної допомоги. Зосередитися на потребах споживача означає постійно бути поінформованим, хто ваш споживач, які його потреби, бажання і очікування. Ми переконані, що якість визначається ступенем задоволення споживача. Це означає, що ЗОЗ повинен знати, хто є його споживачем, і використовувати різноманітні засоби з метою встановлення його потреб. 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 СОЗ 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. Згідно з цим положенням, якщо ми продовжуємо працювати так, як працюємо, то можемо розраховувати лише на ті результати, що зараз маємо. Для досягнення кращих результатів слід змінити систему [51].

Політика в сфері якості - загальні наміри та напрями діяльності організації, офіційно сформульовані вищим керівництвом. У ній треба визначити спрямованість функціонування організації та відобразити основні питання. Формування політики і встановлення цілей має спиратися на ідентифіковані потреби і очікування споживачів. Основа політики – критерії якості медичної допомоги та інтереси зацікавлених сторін (рисунок 3.2).



Рисунок 3.2 - Формування політики КП «ХМЦПМСД №2» в сфері якості

Політику у сфері якості КП «ХМЦПМСД №2» має викладати стисло та чітко у вигляді окремого документу, представленого у доступних для персоналу і відвідувачів місцях. Зміст документу має бути таким, щоб персонал легко її запам'ятав.

Приклад, сформованої нами політики якості КП «ХМЦПМСД №2»:

1. Безперервне поліпшення якості медичних послуг ми розглядаємо як основу для розвитку КП «ХМЦПМСД №2» в інтересах пацієнтів та усіх

зацікавлених сторін. Якість по всіх напрямках діяльності центру первинної медико-санітарної допомоги визначена першочерговим завданням кожного співробітника.

2. Ми орієнтуємось на задоволеність поточних і майбутніх потреб наших пацієнтів, а також намагаємось випередити їх очікування.

3. Ми прагнемо підвищити доступність високоспеціалізованої ефективної медичної допомоги для населення шляхом розвитку високотехнологічних послуг, їх постійного поліпшування за умови економного витрачання наявних ресурсів, дотримання єдиної ідеології лікування хвороб на основі принципів доказової медицини і компетентності персоналу.

4. Ми будуємо наші стосунки з партнерами – пацієнтами, їх представниками, колегами з інших закладів охорони здоров'я, постачальниками ресурсів, вищими органами управління, громадськими організаціями – на основі взаємовигідного співробітництва. Тільки відкрите співробітництво, розуміння спільних цілей і завдань сприяє високоякісній медичній допомозі населенню на усіх етапах її надання.

5. Основа діяльності КП «ХМЦПМСД №2» – людські ресурси. Кваліфікований персонал є запорукою сучасного рівня медичної допомоги населенню, попередженню відхилень від заданих цілей в досягненні високоякісних результатів діяльності лікарні, тому ми постійно забезпечуємо безперервну післядипломну освіту фахівців, створюємо умови для мотивації їх до праці і професійного розвитку.

6. Безперервне поліпшування якості медичної допомоги населенню та розвиток КП «ХМЦПМСД №2» – надійна умова стабільності діяльності на благо усіх зацікавлених сторін – пацієнтів, їх представників, органів управління, громади, суспільства, країни.

Для проведення перетворень у системі надання медичної допомоги КП «ХМЦПМСД №2» варто проводити оцінку з різних точок зору всіх зацікавлених сторін (стейкхолдерів):

- Погляд на якість з точок зору різних зацікавлених сторін

Як одержувачі медичної допомоги, пацієнти є найкращим джерелом інформації про систему комунікацій в організації охорони здоров'я, як бізнес-процеси організації відповідають потребам пацієнтів і єдиним джерелом інформації про те, чи ставилися вони з гідністю та повагою. Їх досвід може стимулювати важливу інформацію про види змін, які необхідні для подолання розривів між наданим лікуванням і тим, яке повинно бути надано. Пацієнт сприймає якість в світлі доступності та доступності медичного обслуговування, оперативності надання медичної допомоги, ранньої діагностики і лікування, що забезпечує швидке повернення до продуктивності і до нього ставляться зі співчуттям, повагою і турботою [52].

- Постачальники медичного обслуговування

Постачальники медичного обслуговування сприймають якість на основі параметрів надання медичного обслуговування відповідно до встановлених практиками, наявністю ресурсів, задоволеності результатами і придбанням знань, навичок і компетенції [53].

- Організатори охорони здоров'я

Організатори охорони здоров'я несуть відповідальність перед суспільством за кошти, які вони витрачають на охорону здоров'я. Отже, вони сприймають якість з точки зору забезпечення безпеки послуг для населення і запобігання неналежного і / або неоптимального лікування. У той же час організатори охорони здоров'я прагнуть задовольнити вимоги як одержувачів, так і постачальників послуг за прийнятними цінами (Cost Effectiveness) [54].

Кількісні цільові планові показники встановлюються:

- через індикатори якості УКПМД (ЛПМД);
- організаційні індикатори, визначені КП «ХМЦПМСД №2», з орієнтацією на структуру (вхід-процес-вихід) процесів забезпечення ресурсами та процесів управління.

В рамках магістерського дослідження зосередимось на питаннях, які стосуються зосередженості досліджуваного підприємства на власного клієнта.

Орієнтація КП «ХМЦПМСД №2» на власного клієнта проявляється через усвідомлення його потреб. У нашому випадку клієнтом виступає пацієнт. Так, згідно зі схемою постійного вдосконалення системи управління якістю (рис. 3.3), ключовою фігурою є клієнт, котрий зі своїми вимогами стає об'єктом дослідження на початку процесу і після його завершення із вивченням ступеню задоволення вимог.

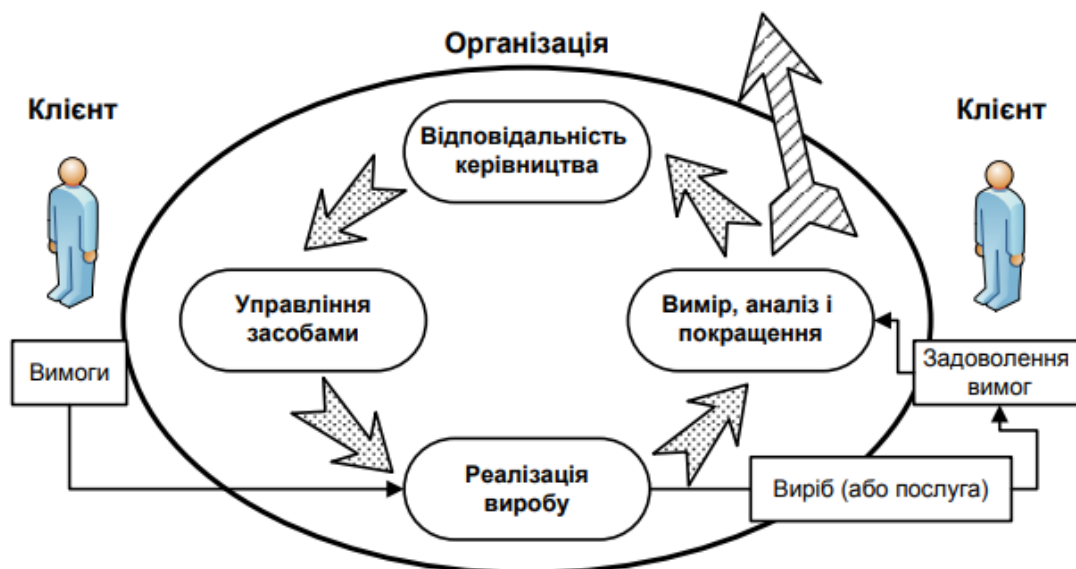


Рисунок 3.3 - Схема постійного вдосконалення системи управління якістю

Постійне вдосконалення системи управління якістю відповідно до задоволення потреб клієнтів спирається на норму ISO 9001:2000. Для потреб охорони здоров'я клієнт дефінюється як: пацієнт або споживач послуг; член суспільства (кожен член суспільства є потенційним споживачем медичних послуг у випадку масових щеплень); інша зацікавлена сторона .

Метою системи якості КП «ХМЦПМСД №2» відповідно до норми ISO є:

- досягнення і утримування якості та прагнення до постійного вдосконалення;
- вдосконалення якості діяльності, яка відповідає встановленій і прогнозованій;
- потреби клієнтів та інших зацікавлених сторін;
- здобуття довіри керівництва та працівників для того, щоб вимоги якості мали можливість збереження, утримання та вдосконалення;

– довіра клієнтів та інших зацікавлених сторін із метою запровадження вимог якості і їх дотримання;

– здобуття довіри, щодо дотримання відповідності вимог, котрі застосовуються.

Формування, впровадження та вміле застосування системи якості в КП «ХМЦПМСД №2» дасть можливість йому вийти на високий рівень в умовах функціонування конкурентного середовища на ринку медичних послуг.

3.2 Рекомендації щодо розробки системи оцінювання якості медичної допомоги КП«ХМЦПМСД №2»

Як зазначалось в розділі 1 даної дипломної роботи, якість медичної допомоги — це сукупність характеристик медичної допомоги, які спрямовані задовольняти потреби громадян в ефективному запобіганні захворюванням та їх лікуванні, підвищенні якості життя і збільшенні його тривалості.

Міжнародний досвід свідчить, що немає «універсального індикатора», який міг би всебічно виміряти й охарактеризувати якість медичної допомоги. До того ж система охорони здоров'я покликана поліпшити не значення окремих індикаторів, а якість медичної допомоги загалом [].

Мета впровадження оцінювання якості медичної допомоги — максимально можливо поліпшити здоров'я населення за оптимального використання ресурсів. Для цього в другому розділі дипломної роботи нами вивчено проблеми якості медичної допомоги та визначено її критерії з урахуванням сучасних економічних умов розвитку сфери охорони здоров'я.

З огляду на системне недофінансування галузі проблеми якості медичної допомоги актуальні і для КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2».

Перш ніж оцінювати якість медичної допомоги, у КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2» ми визначили основні завдання:

- проаналізувати якість медичної допомоги в закладі;
- охарактеризувати наявні критерії її оцінювання;
- розробити індикатори якості медичної допомоги й упровадити їх у структурні підрозділи закладу.

Індикатори забезпечують безперервний контроль якості медичної допомоги в період між прийняттям управлінських рішень та мають відображати характеристики медичної допомоги, як-от: результативність; раціональність; безпека; економічна ефективність; доступність; своєчасність; комфорт для пацієнта.

Для того, щоб розробити індикатори, які б виконували свої функції, в

основі аналізу розробки індикаторів якості враховано три компоненти:

- структура;
- процес;
- результат.

Аналіз та оцінювання структури допоміг визначили потенційні можливості КП «ХМЦПМСД №2» надавати відповідну його функціям медичну допомогу.

Аби оцінити процес, ми проаналізували:

- ресурсну базу — кадри, укомплектованість, рівень професіоналізму лікарів і медичних сестер, оснащення, умови перебування пацієнтів;
- дотримання та впровадження нових медичних технологій.

Під час оцінювання результату ми визначили ступінь досягнення цілей на кожному етапі медичної допомоги.

Індикатори якості медичної допомоги пропонується розробляти відповідно до таких критеріїв:

- надійність — використання одного і того самого процесу для розрахунку індикаторів забезпечує однакові результати;
- чутливість до змін — незначні зміни в системі охорони здоров'я негайно викликають варіації в індикаторах;
- простота в розрахунках — розрахунки мають бути простими, щоб не викликати роздратування працівників.

У КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2» пропонується впровадити індикатори якості медичної допомоги трьох категорій: структури, процесів та результату.

До індикаторів структури в КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2» належать:

- частка структурних підрозділів, у яких автоматизоване робоче місце;
- ефективне використання автоматизованого робочого місця лікарями;
- укомплектованість штатних посад лікарів та середнього медичного персоналу.

Індикатори процесів пропонуємо використовувати, щоб оцінити

правильність ведення пацієнтів під час профілактики, діагностики, лікування та реабілітації відповідно до Протоколів надання медичної допомоги. Вони охоплюють:

- середню тривалість перебування хворого в закладі;
- летальність від ускладнень анестезіологічної/хірургічної допомоги та загальну летальність;
- частоту ускладнень, пов'язаних із маніпуляціями/операціями;
- дотримання медичних технологій, зокрема обов'язкових діагностичних, інструментальних методів досліджень і лікувальних заходів, які затверджені в закладі відповідно до плану ведення хворих.

За індикаторами результату пропонуємо оцінювати ступінь виконання завдань і досягнення цілей на кожному етапі медичної допомоги.

Оцінювати якість медичної допомоги на підставі цих індикаторів якості можна за всіх форм контролю, зокрема й внутрішнього. На рівні КП «ХМЦПМСД №2» найефективніше використовувати їх не лише під час перевірки завершених випадків, а й як засіб підтримки лікарського рішення під час медичної допомоги пацієнту.

Міжнародний досвід свідчить, що немає «універсального індикатора», який міг би всебічно виміряти й охарактеризувати якість медичної допомоги. До того ж система охорони здоров'я покликана поліпшити не значення окремих індикаторів, а якість медичної допомоги загалом.

Державна політика з охорони здоров'я гарантує пацієнтам медичне обслуговування належної якості. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII визначає основні принципи програми медичних гарантій, один із яких — зберігати й відновлювати здоров'я населення завдяки медичним послугам (п. 3 ст. 5) [57].

Перехід на нову систему фінансування надання послуг первинної медичної допомоги з 2018 року передбачає введення капітаційної ставки, котру отримує заклад ПМД за кожного пацієнта, з яким підписано декларацію про медичне обслуговування. Нова модель фінансування покладає на заклад низку зобов'язань

щодо надання первинної медичної допомоги населенню, при цьому сама по собі капітаційна модель оплати не є основним стимулом для впровадження значних змін. Саме тому, для подальшого реформування галузі покращання якості послуг ПМД та показників здоров'я населення, повинна впроваджуватися система додаткових фінансових стимулів, моніторингу якості, повноти та обсягу надання медичних послуг та заходи, спрямовані на підвищення професійного рівня лікарів.

Разом з тим, робота лікаря ПМД має бути націлена на результат лікування та профілактичні заходи, що покликано з часом покращити показники здоров'я населення. Адже саме якісна ПМД – один із найбільш «розумних» підходів до реалізації принципу «Здоров'я для всіх»

Запровадження лише системи капітаційної оплати не є достатнім стимулом для значних змін у ПМД. Капітація без додаткових стимулів та регулювання через моніторинг певних індикаторів роботи не є ідеальною системою, хоча і є простою в адмініструванні. Капітаційна оплата на поточному етапі не має прямого зв'язку зі зростанням ефективності діяльності провайдерів ПМД та може призвести до таких негативних наслідків їхньої діяльності:

- збільшення направлення пацієнтів одразу на вторинний рівень медичної допомоги;
- відсутність мотивації здійснювати якісне лікування;
- селективність щодо пацієнтів через відсутність стимулів лікувати пацієнтів, які потребують додаткової уваги;
- надання неповного обсягу послуг.

З метою підвищення вмотивованості медичного персоналу КП «ХМЦПМСД №2» пропонується запровадити індикатори якості для оцінки роботи медперсоналу. Для цього нами обрано 5 напрямків індикаторів, які відображають стратегічні пріоритети центру. А саме:

1. Індикатори вакцинопрофілактики (обрахунок базового рівня вакцинопрофілактики, формування річного плану щеплень, рівень вакцинопрофілактики на рівні практики ПМД).

2. Створення та ведення реєстрів пацієнтів по групам: (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, орфанні захворювання, паліативна допомога)

3. Проактивний контакт із пацієнтами, хворими на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет

4. Ведення пацієнтів, які потребують паліативної допомоги

5. Ведення групових занять для пацієнта (школи пацієнта) медичною практикою.

Порядок нарахування балів за досягнутий рівень індикаторів якості наведено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2 - Порядок нарахування балів за досягнутий рівень індикаторів якості для практик КП «ХМЦПМСД №2»

| № з/п | Найменування індикатора | Лікарі загальної практики — сімейні лікарі | | | | Лікарі-педіатри | | | |
|---|--|--|--------------|------------|-----------|-----------------|--------------|------------|-----------|
| | | Показник | | Бали | | Показник | | Бали | |
| | | Міні-мальний % | Досягнутий % | Нормативні | Досягнуті | Міні-мальний % | Досягнутий % | Нормативні | Досягнуті |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <i>Індикатори вакцинопрофілактики</i> | | | | | | | | | |
| 1.1 | Обрахування базового показника індикаторів якості за рівнем вакцинопрофілактики. Реєстр пацієнтів із заповненими даними про щеплення | 75 | | 10 | | 75 | | 25 | |
| 1.2 | Формування річного плану щеплень | 75 | | 10 | | 75 | | 30 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1.3 | Рівень вакцинопрофілактики на рівні ПМД | | | | | | | | |
| | | 40 | | 10 | | 40 | | 15 | |
| | | 60 | | 15 | | 60 | | 20 | |
| | | 85 | | 25 | | 85 | | 30 | |
| <i>Індикатори проактивної роботи із групами пацієнтів</i> | | | | | | | | | |
| 2.1 | Створення та ведення реєстрів за групами пацієнтів: | 100 | | 10 | | | | | |
| | пацієнти з гіпертонічною хворобою | 100 | | | | - | | - | |

Кінець таблиці 3.2

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------------|--|---|---|-----|---|---|---|-----|----|
| | пацієнти з цукровим діабетом | 100 | | | | - | | - | |
| | пацієнти, які потребують паліативної допомоги | 100 | | | | | | | |
| 2.2 | Проактивні контакти з пацієнтами | | | | | | | | |
| | пацієнти з гіпертонічною хворобою | 40 | | 10 | | | | | |
| | пацієнти з цукровим діабетом | 70 | | 10 | | | | | |
| 2.3 | Ведення пацієнтів, які потребують паліативної допомоги | 100 | | 15 | | | | | |
| | пацієнти, які потребують паліативної допомоги | | | | | - | | - | |
| <i>Інші основні індикатори</i> | | | | | | | | | |
| 3.1 | Ведення групових занять пацієнта (школа пацієнтів) | Три заняття на кватрал, присутні п'ять і більше пацієнтів | | 10 | | Три заняття на кватрал, присутні п'ять і більше пацієнтів | | 15 | |
| | Разом: | | | 100 | | | | 100 | |

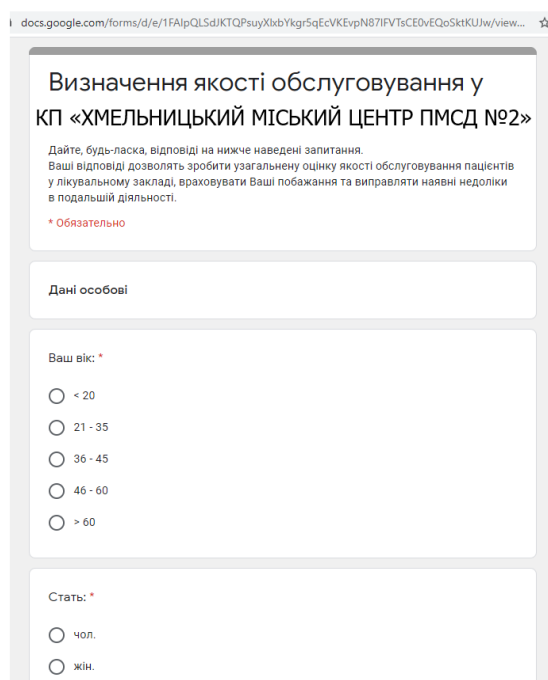
Згодом можна буде розглянути нові індикатори, які краще відобразатимуть потреби клієнтів КП «ХМЦПМСД №2», адже прогрес не стоїть на місці, а підприємство відповідно до своєї візії прагне стати одним з найкращих медичних закладів м. Хмельницького.

3.3 Застосування інформаційних технологій для оцінювання якості обслуговування в амбулаторіях КП «ХМЦПМСД №2»

Важливим моментом в управлінському процесі є опрацювання інформації з метою підвищення рівня обслуговування медичними установами.

Для загальної оцінки якості обслуговування в КП «ХМЦПМСД №2» нами розроблено спеціальну електронну on-line форму. Ця форма розроблена з використанням технологій Google Drive.

Фрагмент форми наведено на рисунку 3.4



docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQL5dJKTQPsuYXbbYkgr5qEcVKEvpN87IFVTsCE0vEQoSktKUw/view... ☆

**Визначення якості обслуговування у
КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПМСД №2»**

Дайте, будь-ласка, відповіді на нижче наведені запитання.
Ваші відповіді дозволять зробити узагальнену оцінку якості обслуговування пацієнтів у лікувальному закладі, врахувати Ваші побажання та виправляти наявні недоліки в подальшій діяльності.

* **Обязательно**

Дані особові

Ваш вік: *

< 20

21 - 35

36 - 45

46 - 60

> 60

Стать: *

чол.

жін.

Рисунок 3.4 – Фрагмент електронної on-line форми анкети

Можливі варіанти роботи з формою:

- 1) заповнення пацієнтами роздрукованого варіанту з подальшим внесенням результатів у консолідований документ;
- 2) заповнення пацієнтами форми в режимі on-line, наприклад, на сторінці КП «ХМЦПМСД №2» в соціальній мережі Фейсбук або інтернет-сайті (в разі його створення);
- 3) надсилання форми пацієнтам на їх електронні поштові скриньки для

заповнення в зручний для них час.

Час роботи з формою не обмежено, і, давши відповідь на одне запитання, пацієнт може змінити її до моменту остаточної відправки даних. Завершення роботи з формою відбувається після натискання кнопки "Надіслати", яка знаходиться в кінці електронного документу. Використання цієї кнопки приведе до чергового запису введеної інформації у спеціальний електронний документ в системі Google Docs, доступ до якого адміністратор (розробник) форми матиме з довільного персонального комп'ютера, на якому є підключення до мережі Інтернет. Зазначена система дозволяє налаштувати автоматичні сповіщення (наприклад, на електронну скриньку) адміністратора про надсилання нового запису.

Принцип роботи з електронним документом результатів опитування з допомогою наведеної форми аналогічний до електронних таблиць Microsoft Excel. При необхідності отримані і накопичені записи можна експортувати у файл спеціального формату, здійснити аналіз інформації з допомогою спеціальних статистичних функцій, провести графічну візуалізацію даних тощо.

Наведемо перелік запитань, які запропоновано використати у формі:

1. Вік.
2. Стать.
3. Освіта.
4. Місце проживання.
5. Статус працевлаштування.
6. Термін перебування у лікувальному закладі.
7. Яким чином відбувався Ваш перший контакт з лікувальним закладом?
8. Оцініть своє враження після першого контакту з лікувальним закладом за 5 бальною шкалою.
9. Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу?
10. Як довго Ви очікували на прийом лікаря?
11. Чи отримали Ви у лікаря вичерпну інформацію про свої права?
12. Оцініть ставлення до Вас працівників амбулаторії.

13. Як Ви оцінюєте роботу амбулаторії загалом?
14. До якого спеціаліста Вас було направлено?
15. Оцініть ставлення до Вас персоналу з обслуговування.
16. Оцініть ставлення лікаря до Вас.
17. Чи питали у Вас згоди на процедури?
18. Чи отримали Ви достатньо інформації про обрану методику лікування та ліків, які прописано лікарем?
19. Оцініть побутові умови Вашого перебування в амбулаторії первинної допомоги.
20. Як Ви оцінюєте загалом роботу амбулаторії, в якій проходило обслуговування?
21. Чи порекомендували б Ви даний лікувальний заклад своїм знайомим, які ще не визначились з підписанням декларації з сімейним лікарем?
22. Що, на Вашу думку, необхідно змінити (покращити) в роботі лікувального закладу?

Указаний перелік при необхідності можна змінювати, враховуючи специфічні вимоги, наприклад, профіль лікувального закладу, зміну функціонального призначення опитування за допомогою форми, потреба у більшій деталізації інформації тощо. Паперовий варіант форми наведено у додатку Б.

Проведення такого анкетування дозволить КП «ХМЦПМСД №2» визначити сатисфакцію пацієнтів. Отримані дані варто опрацьовувати за допомогою системи обробки даних PASAT. Це дасть змогу не лише пристосовуватися до вимог пацієнтів, але збільшити власні позиції щодо наявних конкурентів. Однак при обробці інформації потрібно враховувати суб'єктивний характер анкетних даних. Найкращим варіантом аналізу, на нашу думку, має стати присвоєння такого типу інформації відповідної кількості балів в загальній шкалі прийняття управлінських рішень.

3.4 Удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб в діяльності КП «ХМЦПМСД №2»

3.4.1 Забезпечення послідовності надання медичної допомоги дорослим з кашлем

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб з урахуванням вимог доказової медицини. Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань.

Нині фахівці активно переглядають клінічні протоколи надання медичної допомоги, куди мають бути інтегровані індикатори, лише досягнувши яких, можна говорити про якісну медичну допомогу (адже вони відповідають міжнародним стандартам).

Специфіка первинної медичної допомоги полягає в тому, що до лікаря звертаються пацієнти зі скаргами (симптомами), а завдання лікаря - виділити з цих симптомів синдромокомплекси, з'ясувати анамнез хвороби та виставити попередній діагноз.

Враховуючи те, що кашель, є однією з найчастіших причин звернення пацієнтів до сімейних лікарів, був створений даний уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги пацієнтам з кашлем. Він допоможе сімейному лікарю найкоротшим шляхом віддиференціювати найпоширеніші хвороби, які є причиною кашлю у дорослих, і своєчасно розпочати відповідне лікування; допоможе уникнути лікування, ефективність якого не доведена.

Медична допомога пацієнтам з кашлем, для яких встановлено діагноз (нозологія) має надаватися у відповідності до медико-технологічних документів, що регламентують надання медичної допомоги при даних нозологіях.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги дорослим з

кашлем у КП «ХМЦПМСД №2» має бути розроблено та впроваджено Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), у якому визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів, відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, що надають первинну і вторинну медичну допомогу, повинна бути визначена відповідним наказом КП «ХМЦПМСД №2».

Розглянемо основні положення нового клінічного протоколу «Кашель у дорослих».

Мета протоколу:

- на основі доказів ефективності медичних втручань та даних доказової медицини забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтам;

- встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики та лікування дорослих з кашлем, відповідно до положень адаптованої клінічної настанови, що розроблена на засадах доказової медицини;

- обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення ЗОЗ для надання медичної допомоги дітям з кашлем (наявність фахівців, обладнання та ресурсів);

- визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в ЗОЗ.

Пам'ятка пацієнту наведена в Додатку В. Анкета оцінки кашлю наведена в Додатку Г.

Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги кашель у дорослих розміщено у вільному доступі за посиланням [56]

Нами розроблено Клінічний маршрут дорослого пацієнта з кашлем (рисунок 3.5), який складається з трьох алгоритмів:

- 1) Алгоритм клінічного ведення дорослих з гострим кашлем (рисунок 3.6);
- 2) Алгоритм клінічного ведення дорослих з вологим кашлем, що триває понад 14 днів (рисунок 3.7);
- 3) Алгоритм клінічного ведення дорослих з хронічним кашлем (рисунок 3.8).

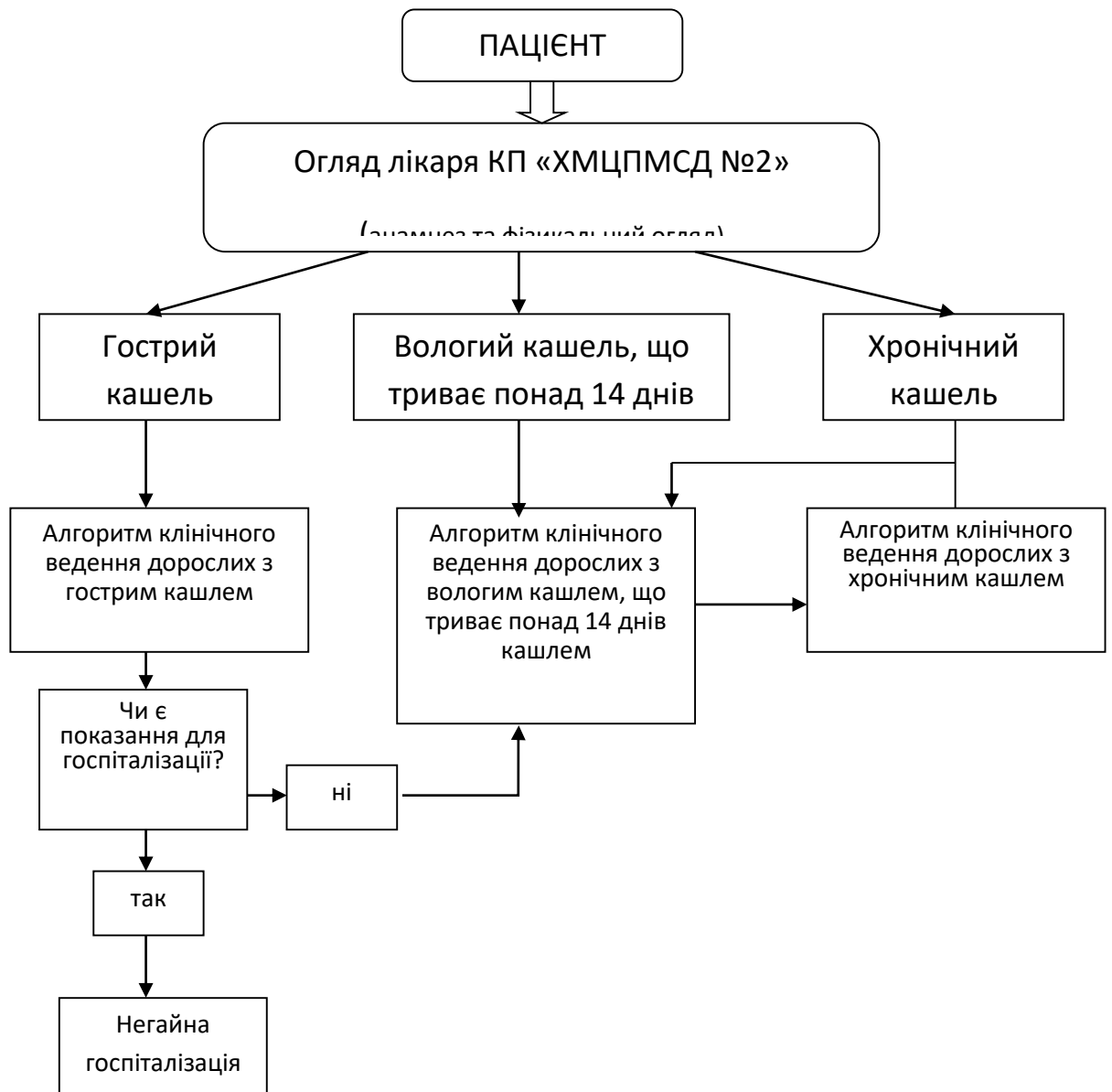


Рисунок 3.5 - Клінічний маршрут дорослого пацієнта з кашлем

Індикатори якості медичної допомоги

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1.1. Наявність у сімейного лікаря ЛПМД.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

2.1. А) Наявність у лікаря загальної практики - сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з кашлем.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги "Кашель у дорослих".

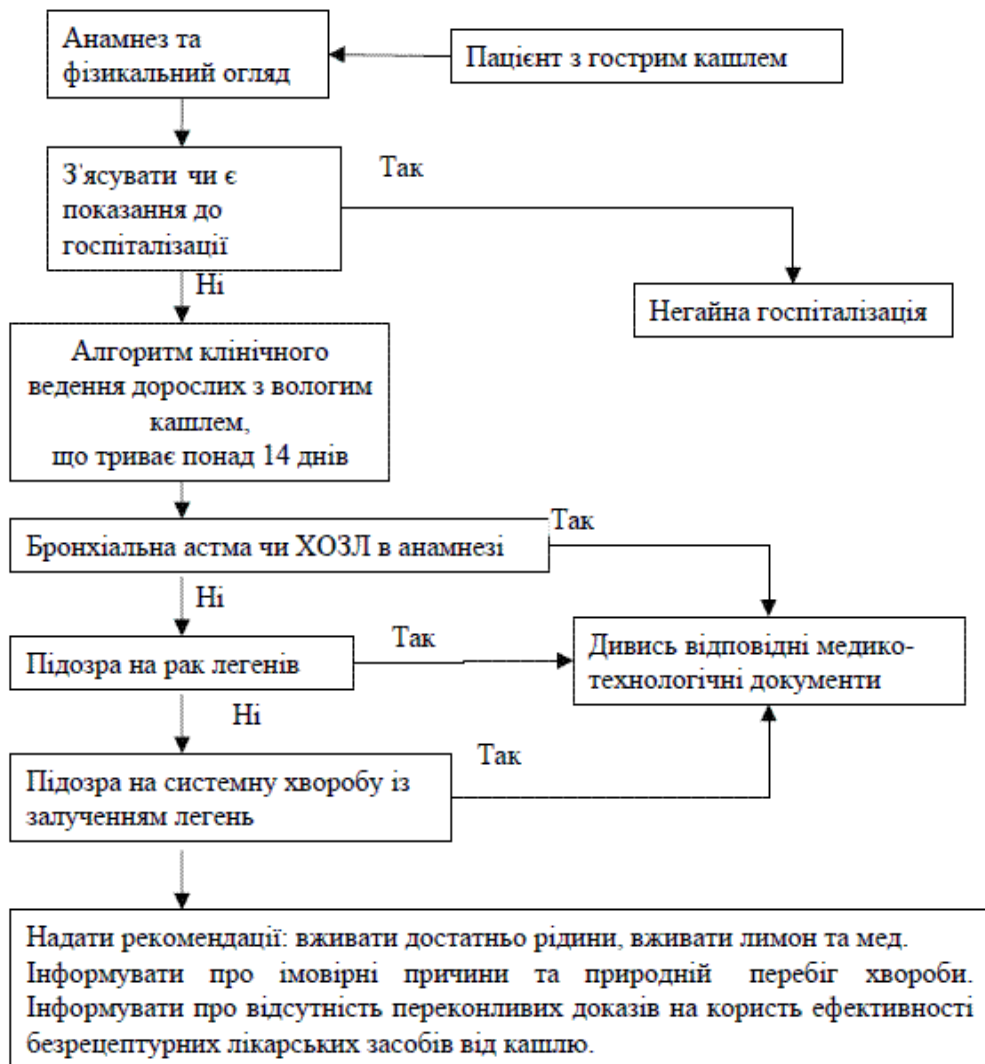


Рисунок 3.6 - Алгоритм клінічного ведення дорослих з гострим кашлем



Рисунок 3.7 - Алгоритм клінічного ведення дорослих з вологим кашлем, що триває понад 14 днів

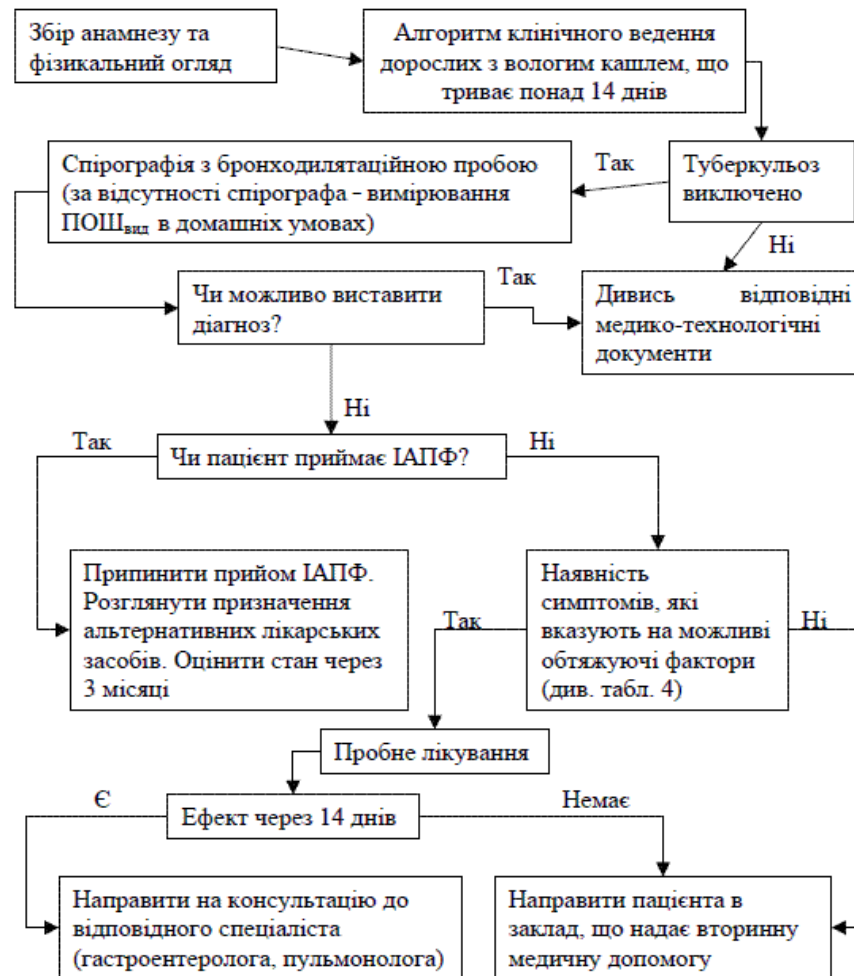


Рисунок 3.8 - Алгоритм клінічного ведення дорослих з хронічним кашлем

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора: 2020 рік - 90%; 2021 рік та подальший період - 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики - сімейними лікарями (АСМ, ЦПМСД), до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики - сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД). Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гострими респіраторними інфекціями (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (АСМ, ЦПМСД).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

3.4.2 Забезпечення надання медичної допомоги у випадку коронавірусної інфекції

З 29 березня Україна почала працювати за оновленими медичними стандартами надання медичної допомоги у випадку коронавірусної інфекції. МОЗ України оновив алгоритми організації протиепідемічних заходів та медичної допомоги в осередках інфікування. Оновлені стандарти узгоджуються з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я та є адаптованими до

потреб системи охорони здоров'я України.

Зокрема, документами зафіксовано алгоритми виявлення коронавірусної хвороби, стандарти роботи фахівців екстреної медичної допомоги, епідеміологів, правила використання засобів індивідуального захисту, правила догляду за хворими на COVID-19 у домашніх умовах, критерії для госпіталізації пацієнтів з тяжкими і середньої тяжкості випадками. Також затверджено клінічний маршрут пацієнта.

Наразі медичний працівник КП «ХМЦПМСД №2», який виявив особу з симптомами, відповідними до COVID-19, має діяти за таким алгоритмом:

- зареєструвати випадок та проінформувати медзаклад для подальшого клінічного дослідження пацієнта;
- у двогодинний строк проінформувати про підозру на захворювання лабораторний центр МОЗ України;
- якщо пацієнт потрапляє у цілодобовий стаціонар, там проводиться забір необхідних матеріалів для аналізів, які має бути відправлено в лабораторію.

Відповідно до цих алгоритмів, пацієнтів з легкою формою захворювання, які не мають ризику ускладнень, а також пацієнтів, що одужують та вже не потребують цілодобового нагляду лікарів, рекомендовано лікувати амбулаторно, тобто в домашніх умовах.

Лабораторні тестування проводяться у разі, якщо симптоми пацієнта відповідають коронавірусній хворобі, або для пацієнтів з підозрою на пневмонію. Первинний тест на коронавірус має бути підтверджено другим тестом ПЛР.

Медичні працівники первинної ланки допомоги також мають вести моніторинг осіб, які мали контакт з хворими на COVID-19. Крім цього, посилюється моніторинг самих медпрацівників, які мали контакт з хворими на коронавірус. Моніторинг здійснюється протягом 2 тижнів після останнього контакту й у разі виявлення респіраторного захворювання до медпрацівника вживають заходів як щодо особи з визначеним випадком COVID-19

Клінічний маршрут пацієнта, який відповідає визначенню випадку COVID-19 на первинній ланці наведено на рисунку 3.9.



Рисунок 3.9– Клінічний маршрут пацієнта, який відповідає визначенню випадку COVID-19 (первинна ланка)

Рішення про допомогу на рівні ПМД приймаються наступним чином:

Пацієнтам не надають допомогу на первинному рівні, якщо вони:

1) належать до групи ризику — тяжкі хронічні захворювання легень і серцево-судинної системи; ниркова недостатність; імуносупресивні стани (первинний і вторинний імунодефіцити); тяжкі алергічні захворювання або стани аутоімунні захворювання;

2) мають симптоми середнього та середньо-важкого перебігу: ядуха; утруднене дихання; збільшення частоти дихальних рухів більше фізіологічної норми; кровохаркання; шлунково-кишкові симптоми (нудота, блювання, діарея); зміни психічного стану (сплутаність свідомості, загальмованість).

Пацієнтам надають допомогу на первинному рівні, якщо вони:

1) мають легкий перебіг захворювання - невисока гарячкою (до 38° С), що добре контролюється; нежить; сухий кашель без ознак дихальної недостатності; відсутність шлунково-кишкових проявів (нудота,

блювання та/або діарея); відсутність змін психічного стану (порушення свідомості, млявість).

2) Із симптомами COVID-19 людина звертається до свого сімейного лікаря дистанційно:

- якщо пацієнт має легкі симптоми перебігу захворювання — лікар надає рекомендації щодо самоізоляції, а також лікування у разі погіршення стану;
- якщо в пацієнта важкий перебіг захворювання — лікар ПМД надає рекомендацію виклику екстреної медичної допомоги за номером 103.

Лікування, моніторинг і контроль пацієнтів з COVID-19

Для пацієнтів, хворих на COVID-19, лікар ПМД призначає симптоматичне лікування та проводить моніторинг результатів надання медичної допомоги згідно з протоколом. Метод контролю пацієнтів, що лікуються на амбулаторному рівні (вдома), лікар або медична сестра обирають індивідуально — відвідування або телефонний дзвінок.

Ускладнення з боку дихальної системи при COVID-19 зазвичай розвиваються на другому тижні хвороби. Тому пацієнтів необхідно активно спостерігати, повторний огляд (включно з фізикальним) рекомендовано проводити в цей термін. Усі дані моніторингу необхідно внести в медичну карту амбулаторного хворого.

Відповідно до затвердженого протоколу МОЗ, протимікробна або протигрибкова медикаментозна терапія при легкому перебігу хвороби не застосовується.

Госпіталізація пацієнтів з підозрою/підтвердженням COVID-19

Госпіталізацію здійснюють за умови:

- стану середньої тяжкості і тяжкого (ознаки пневмонії та/або дихальної недостатності);
- наявності рентгенологічно підтвердженої пневмонії;
- гострого дистрес-синдрому (ГРДС);
- наявності ознак органної/системної недостатності, окрім дихальної;

- пацієнти належать до групи ризику розвитку ускладнень: тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем, ниркова недостатність, аутоімунні захворювання, тяжкі алергічні хвороби, цереброваскулярні захворювання в стадії декомпенсації), онкологічні захворювання;

- пацієнти незалежно від тяжкості стану, мають підвищення температури понад 38 °С, що погано піддається корекції.

Завершення лікування

Підставами для завершення амбулаторно-поліклінічного лікування (припинення самоізоляції) є:

- відсутність клінічних проявів гострого респіраторного захворювання, за умови отримання одного негативного результату тестування методом ПЛР;

- негативний результат тестування методом ПЛР;

- відсутність клінічних проявів гострого респіраторного захворювання протягом трьох днів, якщо рахувати з десятого дня з дати появи симптомів без лабораторного обстеження;

- відсутність клінічних проявів гострого респіраторного захворювання протягом трьох днів, рахуючи з десятого дня з дати взяття матеріалу (за позитивного результату на COVID-19 методом ПЛР) без лабораторного обстеження.

Відповідні державні положення затверджені наказом МОЗ України про "Організацію надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)". Вони ґрунтуються на рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, оновлених після поширення хвороби за межі Китаю, та є адаптованими до потреб системи охорони здоров'я України.

Висновки до третього розділу

Розроблено рекомендації щодо розробки системи оцінювання якості медичної допомоги. Пропонується упровадити індикатори якості медичної допомоги трьох категорій: структури, процесів та результату.

До індикаторів структури в КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2» належать: частка структурних підрозділів, у яких автоматизоване робоче місце; ефективне використання автоматизованого робочого місця лікарями; укомплектованість штатних посад лікарів та середнього медичного персоналу.

Індикатори процесів пропонуємо використовувати, щоб оцінити правильність ведення пацієнтів під час профілактики, діагностики та лікування відповідно до Протоколів надання медичної допомоги.

За індикаторами результату пропонуємо оцінювати ступінь виконання завдань і досягнення цілей на кожному етапі медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Результати теоретичного аналізу за темою дипломної роботи засвідчили, що проблема якості надання медичної допомоги тривалий час залишається актуальною для багатьох країн світу.

На основі теоретичного аналізу наукових джерел розглянуто історичні етапи розвитку менеджменту якості в товарному виробництві та в медицині. Концептуальні підходи до управління якістю в медичній діяльності запозичені зі сфери товарного виробництва. Переосмислення хронології розвитку подій науково-технічної революції та еволюції загального менеджменту дасть змогу, на нашу думку, оцінити правильність вибору напрямку управління якістю медичної допомоги в умовах сучасної України. Зазначено, що кожному етапу відповідає своя концепція управління: на зміну концепції контролю готової продукції послідовно прийшли концепції контролю технологічного процесу, менеджменту якості, комплексного управління якістю, загального менеджменту якості.

Розглянуто поняття категорій якості, описані характеристики, критерії та показники якості медичної допомоги з урахуванням рівнів його формування.

Розглянуто та згруповано інструменти та методи управління якістю медичної допомоги. На наш погляд, в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України, можливо і доцільно впроваджувати такі інструменти та методи управління ЯМД у діяльність ЗОЗ: методи статистичної оцінки якості, клінічний аудит, бенчмаркінг, моніторинг думки пацієнтів.

Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду показує, що забезпечити та підвищити якість медичних послуг можливо двома шляхами: належний контроль за якістю даних послуг, який здійснюється на всіх стадіях та управління процесом, коли забезпечення та підвищення якості здійснюється завдяки поліпшенню результатів роботи системи в цілому, тобто постійної модифікації і вдосконалення цієї системи. Найбільшого ефекту можна досягти тільки гармонічно поєднуючи ці підходи, використовуючи всі доступні механізми впливу на якість медичних послуг.

В другому розділі дипломної роботи здійснено оцінку стану якості надання медичної допомоги та діяльності КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2».

Проаналізовано загальний стан якості надання медичної допомоги в Україні, в результаті аналізу якого визначено загальні тенденції, проблеми та причини.

В результаті аналізу діяльності досліджуваного підприємства встановлено недооснащення закладу обладнанням, устаткуванням та засобами, передбаченими примірним табелем матеріально-технічного оснащення в основному за рахунок незабезпечення молодших спеціалістів: термометрами, тонометрами, сумками лікаря/медсестр та транспортними засобами; лікарів з надання ПМД: пікфлуометрами, молоточками неврологічними та легкими автомобілями. Крім того, кабінети з надання ПМД недооснащено електрокардіографами та шафами для зберігання лікарських засобів.

Аналіз кадрових ресурсів КП «ХМЦПМСД №2» засвідчив укомплектованість посад лікарів первинної медико-санітарної допомоги в 2019 році складала 94,3%. Станом на 01.01.2020 вакантними залишались 2 посади лікарів загальної практики сімейних лікарів, 1 педіатр та 1 статистик.

З метою отримання медичних послуг КП «ХМЦПМСД №2» забезпечено запис до лікаря населення шляхом: звернення до реєстратора (особисто під час відвідування амбулаторії або в телефонному режимі; під час візиту до лікаря пацієнт може записатись до лікаря на наступний візит; в разі звернення до лікаря в телефонному режимі для консультації та в разі необхідності записатись на прийом; в разі наявності в пацієнта технічних можливостей – онлайн через особистий кабінет в медично-інформаційній системі Медікс у зручний для себе час.

Первинна медична допомога надається пацієнтам безперервно, відповідно до затвердженого графіка роботи підприємства. Крім того, інформація про контактні дані, графіки роботи КП «ХМЦПМСД №2» та його структурних підрозділів опублікована на офіційному сайті Хмельницької міської ради, в медичній інформаційній інтернет-системі Medics та на веб-сторінці закладу в

соціальній мережі «Фейсбук», а також на сайті Національної служби здоров'я України.

З метою забезпечення безперервного надання населенню первинної медичної допомоги та для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів у вихідні та святкові дні КП «ХМЦПМСД № 2» надання ПМД населенню здійснюється безпосередньо в черговому кабінеті зі створенням безпечних умов праці медичного персоналу, що залучається до роботи в ньому.

Здійснення внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги покладається на завідувачів лікарських амбулаторій. Здійснення вибіркового внутрішнього контролю якості роботи підрозділів покладено на заступника головного лікаря КП «ХМЦПМСД №2». Координуюча, консультативна та дорадча функції з питань організації управління якістю медичної допомоги в КП «ХМЦПМСД №2» покладені на медичну раду закладу, яку очолює головний лікар.

З метою оцінки рівня задоволеності якістю медичних КП «ХМЦПМСД №2» здійснено опитування серед пацієнтів, які приходили на прийом до сімейного лікаря Амбулаторії загальної практики сімейної медицини №11 Мігаль Л.А. Основною характеристикою якості медичної послуги, яку отримували опитувані, вважають її результативність (70%), вчасність послуги (64%); уважне ставлення медперсоналу та репутація лікаря уважне ставлення (56%); економічна доступність послуги (32%); безпека медичного втручання (34%); повнота надання (25%). До роботи сімейного лікаря в процесі надання медичної допомоги не було висловлено жодної претензії або ж скарги і практично всі опитані цілком задоволені якістю наданих послуг. Існують деякі відмінності в сприйнятті якості надання медичної допомоги за віковою ознакою: більш молоді люди (до 40 років) у своїх відповідях були більш категоричними і претензійними, аніж люди старшого віку, які більше уваги звертають на уважне ставлення до себе, турботу, комунікацію з лікарем.

SWOT-аналіз КП «ХМЦПМСД №2» дозволив виявити і структурувати сильні та слабкі сторони організації, а також потенційні можливості та загрози

досліджуваного підприємства. На даний час в КП «Хмельницький міський центр ПМСД №2» не сформована цілісна модель управління якістю надання медичних послуг. Оцінка та контроль здійснюється фрагментарно. Ці та інші питання потребують вирішення в найближчій перспективі.

Таким чином, поєднання зазначених методологічних прийомів дозволило нам отримати досить повні та об'єктивні дані про діяльність КП «ХМЦПМСД №2», обсяги і якість надаваних ним послуг, а систематизація отриманої інформації виступила основою для прийняття зважених управлінських рішень, спрямованих на підвищення конкурентоспроможності КП «ХМЦПМСД №2» на ринку медичних послуг.

В третьому розділі дипломної роботи сформовано концептуальні положення щодо формування політики КП «ХМЦПМСД №2» в сфері якості. Визначено основних стейкхолдерів поліпшення якості медичної допомоги підприємством, сформовано політику в сфері якості, визначено цілі та стратегічні напрямки її реалізації.

Розроблено рекомендації щодо розробки системи оцінювання якості медичної допомоги. Пропонується упровадити індикатори якості медичної допомоги трьох категорій: структури, процесів та результату.

Розроблено рекомендації щодо розробки системи оцінювання якості медичної допомоги. Пропонується упровадити індикатори якості медичної допомоги трьох категорій: структури, процесів та результату.

З метою підвищення вмотивованості медичного персоналу КП «ХМЦПМСД №2» пропонується запровадити індикатори якості для оцінки роботи медперсоналу. В подальшому можна буде розглянути нові індикатори, які краще відображатимуть потреби клієнтів КП «ХМЦПМСД №2».

З метою оцінювання якості обслуговування в амбулаторіях та досліджуваного підприємства в цілому запропоновано використовувати доступні інформаційні технології. Зокрема, нами розроблено спеціальну електронну on-line форму для проведення анонімного опитування пацієнтів з використанням технологій Google Drive. Отримані і накопичені результати можна експортувати

у файл спеціального формату, здійснити аналіз інформації за допомогою спеціальних статистичних функцій, провести графічну візуалізацію даних тощо.

З метою удосконалення діагностики, лікування та профілактики хвороб в діяльності КП «ХМЦПМСД №2» наведено приклади клінічних протоколів, куди мають бути інтегровані індикатори, лише досягнувши яких, можна говорити про якісну медичну допомогу. Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги дорослим з кашлем у КП «ХМЦПМСД №2» має бути розроблено та впроваджено Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), у якому визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів. Наведено клінічний маршрут пацієнта, який відповідає визначенню випадку COVID-19 для первинної ланки.

Все перераховане в сукупності сприятиме, на наш погляд, підвищенню якості надання медичної допомоги.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Цанько І.І. Поняття, зміст та перспективи використання медикоекономічного аналізу при організації надання медико-санітарної допомоги / І.І. Цанько, Ю.В. Околот // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. пр. УВМА. – Київ, 2011. – № 30. – С. 296–303.
2. Концевая А.В. Оценка экономической эффективности медицинских технологий / А.В. Концевая, А.М. Калинина // Заместитель главного врача. – 2008. – № 2. – С. 90–94.
3. Е.М. Орлов, О.Н. Соколова Категория эффективности в системе здравоохранения // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 4. – С. 70-75; URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=6762> (дата обращения: 21.11.2020).
4. Шамшурина Н.Г. Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении / Н.Г. Шамшурина. – М.: МЦФЭР, 2005. – 318 с.
5. Філіпішин В.П. Методологія визначення вартості медичних послуг / В.П. Філіпішин, Н.К. Єжель // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб наук. праць УВМА. – 2010. – Вип. 27. – С. 7–15.
6. Економіка системи військової охорони здоров'я: навчальний посібник / [за ред. А.С. Котузи] – К., 2010. – 250 с.
7. Степаненко А.В. Инструменты управления качеством медицинской помощи: развитие в Украине / А.В. Степаненко, О.М. Ліщишина, Т.М. Думенко // Главный врач. – 2008. – № 6. – С. 58–60.
8. Камалов Р.Х. Стратегія та програма розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на 2012–2017 рр. (доповідь на зборі керівного складу медичної служби Збройних Сил України) / Р.Х. Камалов, В.О. Жаховський // Військова медицина України. – № 3–4. – 2011. – С. 5–15.
9. Вергай Н. С. Очерк основных категорий и законов науки логики Гегеля и их комментарии / Вергай Н. С. — Черкассы, 2010. — 170 с.
10. Герасимов Б. Н. Управление качеством : учеб. пос. / Б. Н. Герасимов, Н.

В. Злобина, С. П. Спиридонов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : КноРус, 2007. – 272 с.

11. Окрепилов, В. В. Менеджмент качества : в 2 т. : учебник. — Т. 1 / Окрепилов В. В. — СПб. : Наука, 2007. — 503 с.

12. Мазур И.И. Управление качеством: Учебное пособие / И.И. Мазур, В.Д. Шапиро. / Под ред. И.И. Мазура. – М.: Высш. шк., 2003. – 334 с.

13. Управление качеством: учебник для вузов / [Ильенкова С.Д., Ильенкова Н.Д., Мхитарян В.С. и др.]; под общ. ред. С.Д. Ильенковой. – [2-е изд., перераб. и доп.]. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2006. – 334 с.

14. Шаповал М.І. Менеджмент якості: Підручник / М.І. Шаповал [3-тє вид., випр. і доп.] – К.: Знання, КОО, 2007. – 471 с

15. Буряк Р.І. Еволюція концепцій управління якістю [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://econommeneg.btsau.edu.ua/sites/default/files/visnyku/economika/buryak_10-2013.pdf

16. Juran J. Juran of Planning for Quality / J. Juran. — N.-Y. : Mosby, 1998. — P. 221 — 232.

17. Фейгенбаум А. Контроль качества продукции / Фейгенбаум А. ; [сокр.пер. с англ.]. — М. : Экономика, 1986. — 471 с.

18. Ноль дефектов : система ZQC / [Пер. с англ. Инги Попеско] ; научный редактор Вячеслав Болтрукевич. — М. : Институт комплексных стратегических исследований, 2008. — 128 с.

19. Друкер Питер Ф. Энциклопедия менеджмента. : Пер. с англ. / Друкер Питер Ф. — М. : Издательский дом "Вильямс", 2004. — 432 с.

20. Камышев А. И. Циклы создания базовой системы менеджмента на основе процессного подхода и дальнейшего улучшения деятельности организации /А. И. Камышев // Методы менеджмента качества. — 2012. — № 1. — С. 6 — 12

21. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 189 від 26.03.2009р. «Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги». [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0189282-09#Text>

22. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 752 від 28.08.2012р.

«Про порядок контролю якості медичної допомоги» [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

23. Принципы обеспечения качества: Отчет о совещании ВОЗ. – М., Медицина, 1991. – с. 27.

24. Новітній глосарій з клінічної фармації, Під заг. ред. проф. Зіменковського А.Б., Львів: Кварт, 2013. - 517 с.

25. Учёт и оценка эффективности мероприятий по развитию и взаимодействию ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования : методическое пособие / [под ред. В. Ф. Чавпецова, А. М. Таранова]. – М. : Федеральный фонд ОМС, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Межрегиональный Координационный Совет по организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи и защите прав застрахованных граждан в системе ОМС, 2000.– 72 с.

26. Организационно-правовые основы экспертизы качества оказания медицинской помощи в частных ЛПУ в условиях реализации Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» : методическое пособие / под ред. проф. А. М. Таранова, проф. Ю. В. Михайловой. – М. : Федеральный фонд ОМС, 2005. – 112 с.

27. Лехан В. М. Якість стаціонарної допомоги та шляхи її поліпшення очима пацієнтів / В. М. Лехан, В. В. Волчек, І. В. Тищенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 2. – С. 66–71.

28. Стародубов В.И., Галанова Г.И. Методологические технологии и руководство по управлению качеством медицинской помощи — М.: Менеджер здравоохранения. — 2011.— 208 с.

29. Челнокова В. М. Управление качеством: учеб. пособие / В. М. Челнокова, Н. В. Балберова; СПбГАСУ. — СПб., 2010. — 135 с.

30. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality// Arch.Pathol.Lab.Med. – 1990. – Vol. 114. – p. 115- 118.

31. A.Donabedian «Models for organizing the delivery of personal health services

and criteria for evaluating them» Mitbank Mem Fund O, 1972.

32. Donabedian A. The Quality of medical care methods for monitoring the quality of care research and for quality assurance programs//Science. – 1978. – Vol. 200. – p. 856-860.

33. Donabedian A. Evaluation the quality of the medical care / A. Donabedian. – Milbank Memorial Fund quarterly, 1966. – P. 166–206.

34. Donabedian A. Promoting quality through evaluation the process of the patient care / A. Donabedian // Medical care. – 1968. – № 6. – P. 181–201.

35. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 592 с

36. Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева. Управление качеством медицинской помощи. – М., Медицина, 2000.

37. МЫЛЬНИКОВА И.С. Создание гарантий качества в медицине и здравоохранении//Качество медицинской помощи.– 1996. – № 1. – с. 34-38.

38. Е.И. Полубенцева, Г.Э. Улумбекова, К.И. Сайткулов. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи. Методические рекомендации. М., «ГЭОТАР-Медиа», 2006.

39. Ліщишина О. М. Належна практика створення медичних стандартів як основа для належної клінічної практики / О. М. Ліщишина, А. В. Степаненко // Укр. мед. часопис. – 2006. – Т. V–VI, № 3 (53). – С. 21–27

40. Закон від 19.10.2017 № 2168-VIII Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://1med-vip.expertus.ua/#/document/94/56811/>

41. Закон від 19.11.1992 № 2801-XII Основи законодавства України про охорону здоров'я <https://1med-vip.expertus.ua/#/document/94/57183/dfas74mgco/>

42. Проект програми економічних реформ в Україні на 2010-2014 рр., реформа медичного обслуговування [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/128/2013>

43. Якість медичних послуг: як оцінити? [електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://euromd.com.ua/177-spetstema-ehealth-elektronna-sistema->

okhoroni/post-8300-yakist/

44. Cleary DP. A hospitalization from hell: a patient's perspective on quality. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:33–39.

45. Державна служба статистики України, 2018. Самооцінка стану здоров'я населенням 2017.

46. Україна на карантині: моніторинг суспільних настроїв, 24-25 квітня 2020 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_quarantine_042020_w4_press.pdf

47. Шкільняк М. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я / М. М. Шкільняк, Н.М. Кривокульська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2020. - № 2. – С. 22-30.

48. Горачук В. В. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. В. Горачук, Н. Г. Гойда. – Режим доступу : http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf.

49. Електронна карта місць надання первинної медичної допомоги [Електронний ресурс]: (сайт Національної служби здоров'я України) – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmd-map>

50. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія / В.В. Горачук . – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. - С. 18-23.

51. 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

52. Cleary DP. A hospitalization from hell: a patient's perspective on quality. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:33–39

53. Gregory D, Way C, Barrett B, Parfrey P. Healthcare quality from the perspective of healthcare providers. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2005;S2:48–57.

54. Wheatland F. What consumers and organizers demand from each other? Health Issues. 2005; 82:14–18.

55. Oakland J.S.. Total Quality Management, London, 1992, S. 83.

56. https://zakononline.com.ua/documents/show/60247__60247

57. Як розробити індикатори для оцінювання якості медичної допомоги» [Електронний ресурс]: Публікація Системи «Expertus: Медзаклад» – Режим доступу: <https://1med-vip.expertus.ua/#/document/16/27397/dfas2q8y9n/?of=copy-e6a0ffff6b>