

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ, АДМІНІСТРУВАННЯ ТА ТУРИЗМУ

Кафедра менеджменту та адміністрування

ДИПЛОМНА РОБОТА

Управління якістю надання медичних послуг

(на прикладі КП “Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2”

Хмельницької міської ради)

Рівень вищої освіти другий (магістерський)

Галузь знань 07 Управління та адміністрування

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 073 Менеджмент

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма Менеджмент організацій

Назва

Шифр ДРМО.021089.01.01.ПЗ

Виконав студент 2 курсу, група МОмз-21-1 \_\_\_\_\_

Шифр

Підпис

Андрій АЗАРЯНСЬКИЙ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник д.е.н., професор \_\_\_\_\_

Науковий ступінь, звання

Підпис

Валентина СТАДНИК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Нормоконтролер \_\_\_\_\_

Підпис

Ірина ГРАБОВСЬКА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

**До захисту допускаю:**

Завідувач кафедри менеджменту та адміністрування \_\_\_\_\_

Підпис

Ніла ТЮРІНА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

\_\_\_\_\_ 202\_\_р.

Хмельницький, 2022

# ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет управління, адміністрування та туризму

Кафедра менеджменту та адміністрування

Рівень вищої освіти другий (магістерський)

Галузь знань 07 Управління та адміністрування

шифр і назва

Спеціальність 073 Менеджмент

шифр і назва

Освітня програма Менеджмент організацій

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

## ЗАВДАННЯ

### НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ

Азарянського Андрія Васильовича

(прізвище, ім'я, по батькові)

1 Тема роботи: Управління якістю надання медичних послуг (на прикладі КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради)

керівник роботи Стадник Валентина Василівна, д.е.н., проф., професор кафедри МА

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

Затверджено наказом ректора університету від 25 серпня 2022р. № 102 дод. 14

2 Строк подання студентом роботи на кафедру 15 грудня 2022 р.

3 Вихідні дані до роботи Літературні джерела з досліджуваної теми; дані фінансової і статистичної звітності підприємства за три роки та результати власних досліджень за темою роботи; нормативні документи, що регламентують роботу організації

4 Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які належить розробити). Вступ, Розділ 1. Теоретико-методичні основи управління якістю надання медичних послуг. Розділ 2. Дослідження діяльності комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради. Розділ 3. Удосконалення управління якістю надання медичних послуг КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради. Висновки. Список використаних літературних джерел.

5 Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових) 1. Характеристики медичної послуги як споживчої цінності. 2. Чинники специфічності послуг первинної медико-санітарної допомоги, що впливають на її якість. 3. Складові якості надання медичних послуг. 4. Динаміка основних показників діяльності медичного закладу за три роки. 5. Динаміка матеріально-технічного забезпечення діяльності Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради у 2019-2021 роках. 6. Динаміка укладання декларацій з лікарями КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради в розрізі структури населення за три роки. 7. Складові якості надання медичних послуг, які акцентують основні напрями системи менеджменту в досягненні досконалості. 8. Анкета для оцінювання рівня задоволеності пацієнта якістю послуг КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради. 9. Перелік рекомендованих заходів.

6. Консультанти розділів дипломної роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1. Теоретико-методичний	Стадник В.В., проф. МА		
2. Дослідницько-аналітичний	Стадник В.В., проф. МА		
3. Проектно-рекомендаційний	Стадник В.В., проф. МА		
4. Нормоконтроль	Грабовська І.В., ст..викл. каф. МА		

7. Дата видачі завдання 2 вересня 2022р.

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Пор. №	Назва етапів (розділів) дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми дипломної роботи	вересень 2022	
2.	Одержання індивідуального завдання	вересень 2022	
3.	Складання календарного плану графіка написання дипломної роботи	вересень 2022	
4.	Підготовка до виконання дипломної роботи: підбір та вивчення літератури, участь у виконанні науково-дослідних робіт, інші заходи	вересень 2022	
5.	Уточнення теми дипломної роботи та календарного плану-графіка, виходячи зі специфіки базового підприємства, установи	вересень 2022	
6.	Підготовка першого розділу	вересень 2022	
7.	Підготовка другого розділу	жовтень 2022	
8.	Підготовка третього розділу	листопад 2022	
9.	Підготовка висновків	листопад 2022	
10.	Здача науковому керівнику	листопад 2022	
11.	Доопрацювання дипломної роботи з урахуванням зауважень наукового керівника	листопад 2022	
12.	Написання та оформлення роботи в остаточному варіанті	листопад 2022	
13.	Попередній захист дипломної роботи на кафедрі	грудень 2022	
14.	Одержання відгуку наукового керівника	грудень 2022	
15.	Одержання рецензії зовнішнього рецензента	грудень 2022	
16.	Захист дипломної роботи	грудень 2022	

Студент

\_\_\_\_\_

Підпис

Андрій АЗАРЯНСЬКИЙ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи

\_\_\_\_\_

Підпис

Валентина СТАДНИК

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

## АНОТАЦІЯ

Тема: Управління якістю надання медичних послуг  
(на прикладі КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради)

Магістерська робота: 72 с. 11 рис., 8 табл., 51 літ. джерела, додатки 3 стор

Об'єктом дослідження є процес управління якістю надання медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні й практичні аспекти управління якістю надання медичних послуг КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

Метою дипломної роботи є розроблення науково-методичних і практичних рекомендацій для удосконалення управління якістю надання медичних послуг в зазначеній організації.

Методами дослідження є: монографічний, теоретичного узагальнення, економіко-статистичний, соціологічного опитування

У кваліфікаційній роботі висвітлено такі аспекти: Розділ 1. Теоретико-методичні основи управління якістю надання медичних послуг. Розділ 2. Дослідження діяльності комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради. Розділ 3. Удосконалення управління якістю надання медичних послуг КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради

Наукова новизна роботи полягає у формуванні науково-методичних підходів для управління якістю надання медичних послуг у сфері сімейної медицини на основі моделі А.Донабедяна.

У роботі сформовано рекомендації для: 1) адаптації моделі Донабедяна для управління структурними складовими якості медичних послуг закладу первинної медико-санітарної допомоги; 2) удосконалення якості процесу надання медичної допомоги населенню шляхом створення мультипрофільних бригад 3) цифровізації зворотного зв'язку з населенням для оцінювання якості результатів надання послуг первинної медико-санітарної допомоги.

## КЛЮЧОВІ СЛОВА

СІМЕЙНА МЕДИЦИНА, МОДЕЛЬ ДОНАБЕДЯНА, ЦИФРОВІЗАЦІЯ, МУЛЬТИФУНКЦІОНАЛЬНА БРИГАДА

## KEY WORDS

FAMILY MEDICINE, THE DONABEDIAN MODEL, DIGITIZATION, MULTIDISCIPLINARY TEAM

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ .....	7
1.1 Зміст і особливості надання медичної послуги як процесу створення споживчої цінності.....	7
1.2 Сутність категорії «якість медичних послуг»: об’єктивні та суб’єктивні складові .....	13
1.3 Специфіка управління якістю надання послуг у закладах первинної медико-санітарної допомоги .....	18
Висновки до розділу .....	26
2 ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ.....	27
2.1 Аналіз змісту, завдань і результатів основної діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради у 2019-2021 роках .....	27
2.2 Дослідження чинників, що впливають на якість надання медичних послуг у КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради .....	34
2.3 Аналіз результатів роботи КП «ХМЦПМСД №2» з надання первинних медичних послуг.....	39
Висновки до розділу .....	44
3 УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ .....	45
3.1 Адаптація моделі Донабедяна для управління якістю надання послуг первинної медико-санітарної допомоги.....	45
3.2 Удосконалення якості процесу надання медичної допомоги населенню шляхом створення мультипрофільних бригад .....	52
3.3 Цифровізація зворотного зв’язку з населенням для оцінювання якості результатів надання послуг первинної медико-санітарної допомоги .....	56
Висновки до розділу .....	62
ВИСНОВКИ .....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	65
ДОДАТКИ .....	70

## ВСТУП

Відмітною рисою сучасного етапу розвитку розвинених країн є спрямованість на досягнення балансу між економічним зростанням, соціальним прогресом і збереженням довкілля. Це знайшло своє втілення у концепції сталого розвитку – такого розвитку, що націлює зусилля державних органів управління на зростання якості життя населення у всіх його складових.

Важливу роль у реалізації цієї концепції в Україні відіграє сфера охорони здоров'я. І не тільки в частині кваліфікованого надання якісних медичних послуг, а й в забезпеченні якісної роботи первинної ланки охорони здоров'я – сімейної медицини, яка поєднує функції профілактики захворювань, їх первинного діагностування для визначення складності хвороби і потреби в спеціалізованому обстеженні, а також – безпосереднього ведення хворих, що потребують лікування. Така багатоаспектна діяльність сімейного лікаря потребує як значних організаційних зусиль для її налагодження в кожному населеному пункті та країні загалом, так і належного фінансового забезпечення.

Питання ефективного управління розбудовою сфери сімейної медицини та її ефективним функціонуванням є особливо актуальними для України, адже галузь сімейної медицини досі перебуває в процесі свого становлення, яке було розпочато в 2017 році. А будь-які трансформаційні процеси потребують не тільки структурно-організаційного перепроєктування, а й зміни інформаційних та фінансових потоків для ефективного регулювання діяльності – адже відбулось розмежування функцій між первинною ланкою охорони здоров'я і спеціалізованими медичними послугами. змінився принцип оплати праці сімейних лікарів, що прямо чи опосередковано вплинуло на якість надання ними медичних послуг. Усе зазначене вказує на актуальність теми дипломної роботи магістра «Управління якістю надання медичних послуг», яка виконана на матеріалах Хмельницького міського центру первинної медико-санітарної допомоги №2 Хмельницької міської ради.

Метою дипломної роботи є розроблення науково-методичних і практичних рекомендацій для удосконалення управління якістю надання медичних послуг в зазначеній організації.

Об'єктом дослідження є процес управління якістю надання медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні й практичні аспекти управління якістю надання медичних послуг КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради.

Інформаційною базою дослідження є бухгалтерська, статистична звітність і первинна документація КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради, а також наукова і науково-методична література з досліджуваних питань.

Наукова новизна роботи полягає у формуванні науково-методичних підходів для управління якістю надання медичних послуг у сфері сімейної медицини на основі моделі А.Донабедяна.

Практична цінність полягає в тому що розроблені рекомендації сприятимуть вдосконаленню управління якістю надання медичних послуг пацієнтів, що має важливе значення для сімейної медицини.

Апробація результатів досліджень, виконаних в межах даної дипломної роботи відбулась на III Всеукраїнській наук.-прак. інтернет-конференції «Розвиток інноваційного фінансового управління суб'єктами економіки в умовах реалізації євроінтеграційної стратегії України» (м. Хмельницький, 17 листопада 2022 року); опубліковано тези доповіді: Азарянський А.В., Яцюк Н.В., Стадник В.В. Фінансові проблеми менеджменту сімейної медицини як складової інклюзивного розвитку економіки України. /Фінансові аспекти розвитку економіки України: теорія, методологія, практика. Зб. праць III Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. 18 листопада 2022. Хмельницький: ХНУ. 132 с. С.75-77

# 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Зміст і особливості надання медичної послуги як процесу створення споживчої цінності

Галузь охорони здоров'я виконує надзвичайно важливу роль у забезпеченні соціально-економічного розвитку кожної країни. Надаючи населенню послуги медико-санітарного характеру, працівники галузі, з одного боку, підтримують необхідний для продуктивної життєдіяльності рівень життя людей, тобто – створюють необхідні умови для економічної діяльності в усіх інших сферах національної економіки. З іншого боку, медичні послуги реалізують і соціальну функцію – забезпечують необхідний рівень якості життя населення, що дає змогу людям продовжити період здорового життя, зберігати соціальну активність, розвиватись і реалізувати свій інтелектуальний потенціал протягом набагато більшого періоду часу.

Для оцінювання поступу країни в бік інклюзивного розвитку сформовано Індекс інклюзивного розвитку, який охоплює 11 часткових показників, що відображають стан екології та рівномірності доходів населення, демографічні процеси, зміну зайнятості і продуктивності населення та ін. Серед них є і показник, що інтегровано відображає результативність зусиль державних органів управління та громадськості країни, спрямованих на поліпшення якості життя людей – «середня очікувана тривалість здорового життя». У назві цього показника важливе кожне слово – не просто збільшення тривалості життя, а «життя здорового», і не просто окремих верств населення (наприклад, із значними доходами, які дають змогу підтримувати своє здоров'я, користуючись усіма надбаннями цивілізації), а усереднена величина очікуваної тривалості здорового життя – і це дійсно вказує на інклюзивний характер розвитку країни [50]. Тому гарантування права на медичну

допомогу прийнято за основу національної політики в галузі охорони здоров'я у більшості країн. А питання якості медичної допомоги набуло значної актуальності як невід'ємна складова цілей сталого розвитку, тому програми забезпечення якості медичних послуг прийняті і діють в багатьох країнах.

Для вирішення проблеми забезпечення якості медичних послуг необхідно визначитися із змістом самого поняття «медична послуга». Разом з тим, це попередньо потребує і змістовного аналізу терміну «послуга» – як семантичної основи цієї економічної категорії, яка набуває галузевих особливостей у різних сферах людської діяльності.

Для визначення поняття «послуга» у вітчизняній літературі використовуються різні тлумачення. Термін «послуга» перекладають і як види діяльності, і як результат діяльності, і як саму діяльність, тобто надання послуги, обслуговування. Зокрема, у перекладі праці Ф. Котлера з англійської [16, с. 541] наведено таке визначення терміну «послуга»: «Послуга – це будь-яка діяльність, яку одна сторона може запропонувати іншій; невлівима дія, що не приводить до володіння чим-небудь. Її надання може бути пов'язане з матеріальним продуктом». Тут швидше йдеться про вади перекладу терміну «service», який в українській мові позначається як «обслуговування». Тобто, у визначенні йдеться не про результат, а про процес.

В бізнес-словнику термін «послуга» також позначають як «вид діяльності, робіт, у процесі виконання якого не створюється новий, раніше не існуючий матеріально-речовинний продукт, але змінюється якість уже наявного, створеного продукту. Це блага, що надаються не у вигляді речей, а у формі діяльності і саме надання послуг створює бажаний результат» [21, с. 72].

Більш розширено формулює ознаки послуги як економічної категорії Г.Шаркова, відзначаючи різні аспекти її тлумачення. Крім найбільш, на її думку, важливого – «корисного результату для отримувача» (що може бути застосовано і до продукції), авторка додатково виділяє й інші ознаки послуг [43, с. 126–127]:

- мають нематеріальний характер, а їх результат не набуває уречевленого вигляду;
- тісно пов'язані з особою виконавця та процесом вчинення ним певних дій (здійснення певної діяльності);
- не збігаються із самими діями (здійсненням діяльності) виконавця, а існують як окреме явище – певне нематеріальне благо;
- корисний ефект від наданої послуги [43, с. 126–127].

Це визначення найбільш повно характеризує особливості послуги як певного суспільного (споживчого блага). А окремі із виділених Г.Шарковою характеристик послуги беруть до уваги в своїх дослідженнях інші науковці. Наприклад, Н. Федорченко визначає послугу як дію або сукупність дій (діяльність), об'єднаних метою створення корисного ефекту [42, с. 172]. Ю. Бурило звертає увагу на те, що корисний ефект від послуги не має матеріальної форми, споживається в процесі надання послуги та невіддільний від неї [4, с. 12]. О. Голіна також виділяє ту особливість послуги, що вона споживається в процесі її надання [7, с. 83]. І це важливо, тому що дає змогу говорити про те, що для сприйняття корисності послуги потрібно звертати увагу на умови її надання (тобто, на процес обслуговування споживача, який завжди має суб'єктивний відтінок).

Т.Данилюк, досліджуючи підходи до тлумачень даного терміну в сучасній науковій літературі робить висновок, що найбільш поширеними є трактування терміну «послуга як економічної категорії, що характеризує діяльність, спрямовану на задоволення чийхось потреб» [10]. К. Лавлок також трактує послугу як вид економічної діяльності, проте уточнює її зміст – вона «створює цінність і забезпечує визначення переваг для споживача в конкретний час і в конкретному місці в результаті відчутних або невідчутних дій, спрямованих на отримання послуги чи товару» [18, с.56]. У цих визначеннях бачимо подібність до загальноприйнятого нині тлумачення даного терміну, який зробив Ф.Котлер. так

само у Вікіпедії «послуга» трактується як «дія, результат якої споживається в процесі виконання. Це діяльність індивіда на користь іншої особи. Цілеспрямована діяльність, результати якої мають прояв у корисному ефекті» [51].

Однак є й інші підходи до пояснення змісту даного терміну. Так, Е.Решетнікова трактує її як «економічні відносини з приводу конкретної трудової діяльності, в процесі якої створюється спеціальна споживча вартість» [32, с.64]. З погляду завдань даного дослідження таке трактування також корисне, оскільки в ньому підкреслюється результат (споживча вартість) і вказується на те, що послуга має свою ціну – в економічні відносини вступають сторони, що надають і отримують послугу.

Економічні відносини, які складаються у сфері надання/отримання послуг найбільш важливі в процесах здійснення угод про їх надання. Тому вони стали об'єктом права, в тому числі міжнародного, на що звертає увагу Ю.Тищенко [38]. У сфері медичних послуг такі економічні відносини стали основою формування медичного страхування. Це також потребувало чіткості у формулюванні даного терміну – уже з боку визначення прав і обов'язків сторін, що вступають у економічні відносини.

Така чіткість зафіксована у нормативних документах Міжнародної організації зі стандартизації (International Organization for Standardization, ISO), зокрема стандарт «Оцінювання відповідності – Вимоги до органів, що сертифікують продукцію, процеси та послуги (згідно з ISO/IEC 17065:2012)», який затверджений наказом № 175-Я Національного агентства з акредитації України від 27.12.2013. Відповідно до п. 3.6 даного стандарту «послуга – це результат, принаймні, однієї дії, що обов'язково виконується у взаємодії між постачальником та замовником, і який, зазвичай, є нематеріальним» [30]. У цьому визначенні не підкреслюється про корисний ефект, який виникає при наданні послуги – можливо тому, що взаємодія між постачальником і замовником послуги відбувається лише тоді, коли замовник отримує той корисний ефект, якого очікує для задоволення

своїї потреби. А це може бути по трактовано і суб'єктивно, чого у правових стосунках бажано уникати.

Потреба правового регулювання процесу надання послуг особливо актуальна для послуг медичних закладів. Вона зумовлена значною кількістю випадків не якісного надання медичної допомоги, що спричинило загрозу життю пацієнтам. Тому галузева конкретизація терміну «послуга» у медицині набула відповідної чіткості у трактуванні того, який корисний результат споживач медичних послуг очікує отримати.

З цих міркувань у професійній науковій літературі медичну послугу вважають «видом професійної діяльності медичних закладів (організацій) чи фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою відповідно до існуючих медичних стандартів, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я у вигляді медичного втручання, потенційним результатом якого є поліпшення загального стану чи функціонування окремих органів або систем організму людини, а також (або) досягнення певних естетичних змін зовнішності. Медичні послуги належать до нематеріальних, негарантованих послуг» [27, с. 4–5]. І хоча у цьому визначенні йдеться про приватні медичні послуги, але за своєю основною сутністю це трактування може застосовуватися до усіх видів медичних послуг. І заслуговує на особливу увагу наявність в ньому застереження про не гарантованість послуг.

Важливим у цьому визначенні є те, що до складу медичних послуг віднесено не лише ті, які стосуються відновлення здоров'я пацієнта, а й ті, що забезпечують певний естетичний ефект. І саме це, на думку деяких авторів, можна вважати ознакою, яка дає змогу відрізнити терміни «медична допомога» і «медична послуга». Перша виступає частиною другої. Тобто, медична послуга має дещо ширше трактування змісту того, що до неї може входити [2; 22].

Акцентування науковців на тому, що послуга має бути корисною, вказує на те, що її слід розглядати як споживчу цінність. І як споживча цінність, вона має не

тільки характеристики, які підтверджують її функціональне призначення (наприклад, діагностичні процедури, лікування конкретних хвороб, проведення профілактичних дій тощо), а й характеристики, що визначають особливості її сприйняття пацієнтами. І тут на передній план виступають індивідуальні особливості такого сприйняття – з урахуванням як анамнезу хворого, так і його емоційного стану на момент взаємодії із медичним працівником. Найбільш відчутні суб'єктивні відчуття, які впливають на рівень споживчої цінності медичної послуги, наведено на рисунку 1.1.

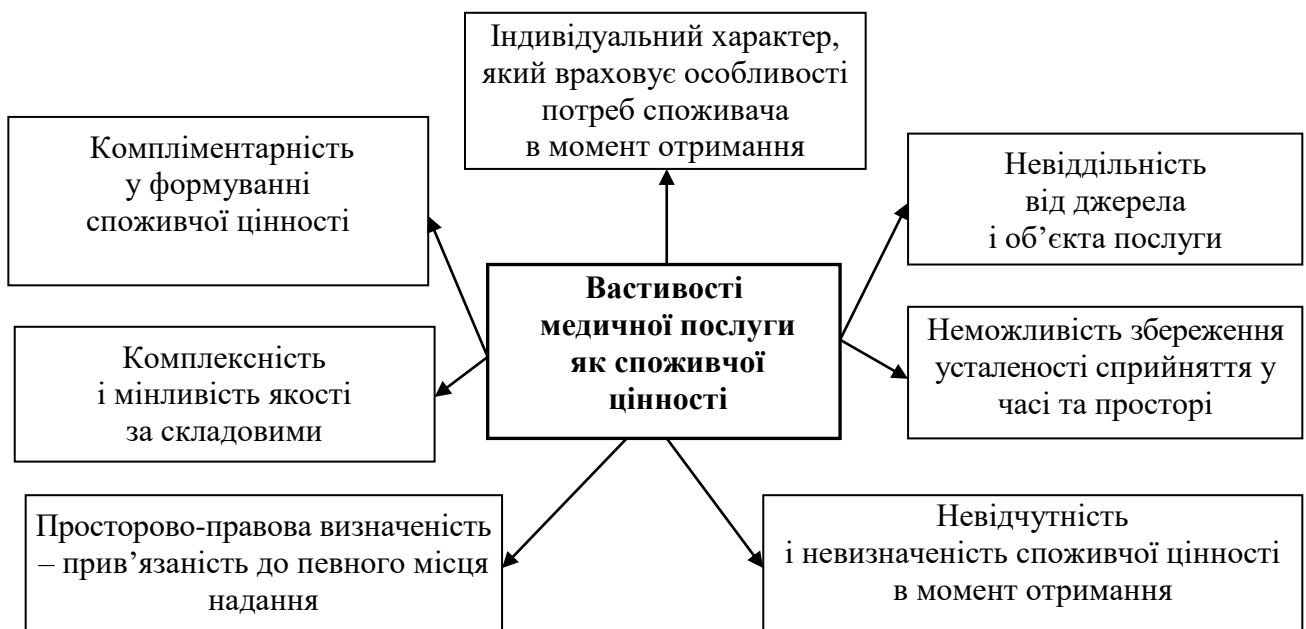


Рисунок 1.1 – Характеристики медичної послуги як споживчої цінності

Джерело: адаптовано на основі [37, с.56]

Серед цих характеристик є одна, яка відрізняє послугу сімейного лікаря – територіальна визначеність. Вона тут трактується як ознака, що важлива з точки зору доступності отримання – адже укладання декларацій із сімейним лікарем дуже часто здійснюється з урахуванням того, наскільки зручно й швидко можна отримати пацієнту медичну допомогу первинного характеру.

Отже, медична допомога в сфері охорони здоров'я здійснюється в процесі надання медичних послуг. Людина, що отримує медичну послугу, очікує, що вона

принесе користь її здоров'ю, тому медична послуга має споживчу цінність. Рівень споживчої цінності залежить від того, наскільки послуга задовольняє потреби споживача – як результат лікування. Проте сам процес надання медичної послуги відбувається в емоційно неврівноваженому стані пацієнта, оскільки він занепокоєний своїм здоров'ям. Тому так важливо при наданні медичної послуги забезпечити належний рівень обслуговування, який також (хоч і суб'єктивно) впливає на сприйняття послуги як цінної, корисної, якісної.

## 1.2 Сутність категорії «якість медичних послуг»: об'єктивні та суб'єктивні складові

Забезпечення якості надання медичних послуг належить до найбільш актуальних проблем управління сферою охорони здоров'я в кожній країні. Якість медичної допомоги населенню входить до числа найважливіших цілей Концепції сталого розвитку, стратегічною метою якої є забезпечення якості людського життя. Адже у самому визначенні поняття «сталий розвиток» підкреслюється, що це «розвиток, у процесі якого гармонізуються соціальна й економічна системи, гарантуючи цим самим досягнення таких цілей, як удосконалення стандартів освіти, зростання доходів, покращення стану здоров'я всього населення, покращення рівня якості життя» [45].

І це закономірно, тому що саме людина в сучасному мінливому і складному для прогнозування світі може застосувати свій інтелект для вирішення економічних, суспільних чи безпекових питань як окремого суб'єкта господарювання, так і економіки в цілому. Інтелект людини і є ключовим чинником формування людського капіталу і розвитку будь-якої країни, а її здоров'я (фізичне чи психологічне) забезпечує реалізацію і примноження цього капіталу. І країнам, що прагнуть долучитися до реалізації цілей сталого розвитку, необхідно докладати максимум зусиль щоб складові якості людського життя

наближалися до стандартів сучасної цивілізації. І важливу роль в досягненні прогресу в цьому питанні належить сфері сімейної медицини, яка є первинною ланкою надання медико-санітарних послуг населенню.

Важливість вирішення проблеми досягнення належного рівня якості медичних послуг потребує розуміння сутності категорії «якість». У таблиці 1.1 наведено деякі формулювання даного терміну науковцями, які вважаються основоположниками системного підходу до управління якістю.

Таблиця 1.1 – Еволюція визначення терміну «якість» у його узагальненому трактуванні

Автор	Формулювання терміну «якість»
Арістотель (III ст. до н.е.)	Відмінності між предметами, що можуть бути Виділені за ознакою «гарний-поганий»
Китайська версія	Ієрогліф, що позначає якість, складається з двох елементів – «рівновага» і «гроші» (якість = рівновага + гроші); отже, якість тотожна поняттю «висококласний», «вартісний», «дорогий»
Ісікава К. (1950 р.)	Властивість товару, що реально задовольняє споживачів
Джуран Дж. М. (1979 р.)	Придатність для використання (відповідність призначенню). Суб'єктивна сторона: якість є ступінь задоволення споживача (для реалізації якості виробник повинний довідатися вимоги споживача і зробити свою продукцію такою, щоб вона задовольняла цим вимогам)
ДСТ 15467-79	Сукупність властивостей об'єкта, що обумовлює його здатність задовольняти визначені потреби споживача відповідно до свого призначення
Міжнародний стандарт ІСО 8402-86	Сукупність властивостей і характеристик продукції або послуги, що забезпечує його здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби.

Джерело: уточнено і доповнено на основі [11; 12; 31]

Спільним у цих визначеннях є те, що автори наголошують на двох аспектах якості, яка може бути віднесена до будь-якого об'єкта управління – як продукції, так і послуги. Перший аспект – це здатність об'єкта виконувати своє

функціональне призначення, другий – те, як цей об’єкт сприймається споживачем. І в такому трактуванні поєднуються об’єктивне (функціональне призначення, його характеристики можуть бути виміряні кількісно) та суб’єктивне (оцінка споживача, його сприйняття – суто якісний підхід в вимірюванні). Наявність такого поєднання особливо чітко проявляється при трактуванні терміну «якість» стосовно послуги, яка містить характеристики, що відносяться до переважно суб’єктивного сприйняття. Усе це не дає змоги чітко сформулювати методичні підходи до управління якістю. Потреба в стандартизації підходів стала особливо відчутною зі зростанням міжнародних обмінів продуктами і послугами. Тому в 1986 році Міжнародною організацією по стандартизації ІСО і були сформульовані вимоги до визначення сутності якості з урахуванням відмінностей споживчих характеристик продуктів для всіх галузей бізнесу і промисловості.

Отже, стандартом ІСО 8402-86 було прийнято таке визначення якості: якість – це сукупність характеристик об’єкта, що забезпечують його здатність задовольняти встановлені і передбачувані потреби [31]. Відштовхуючись від цього визначення, проаналізуємо і погляди науковців на трактування терміну «якість медичної послуги».

Проблема якості надання медичних послуг не є новою у переліку тих проблем, які вирішує система охорони здоров’я в кожній країні – незалежно від того, якою є її політична, ідеологічна або економічна орієнтація та модель системи охорони здоров’я [38]. Вперше в історичних джерелах ця проблема зафіксована в законах вавилонського правителя Хамурапі в 2 тис. до н.е. Серед розроблених ним законів були і ті, що стосувалися санітарного благополуччя населення, у них підкреслювалась необхідність творити користь і добро для пригноблених, слабких, вдів та сиріт. Проте першими стандартами якості медичної діяльності вважаються правила поведінки лікаря, прописані в «Клятві Гіппократа», які вже у ХХ столітті (1948 р.) відтворені Женевською декларацією [6].

Найбільш помітними віхами на шляху управління якістю надання медичних послуг в країнах світу вважаються доповідь А.Флекснера «Рух до підвищення медичних стандартів (1910 р.) та «Мінімальні стандарти до лікарень», які були опубліковані Американським хірургічним коледжем у 1917 р. Значний внесок у вирішення проблеми якості медичних послуг зробила створена в 1915 р. в США Об'єднана комісія з контролю якості в сфері охорони здоров'я, які здійснила інспекційні відвідування лікувальних закладів в Америці та Європі (1918 р.), за результатами яких було зроблено деякі рекомендації з поліпшення умов надання таких послуг.

Значну роль також зіграла розробка класифікації підходів до контролю якості в сфері охорони здоров'я (60-ті роки ХХ ст.). Кроком уперед в розумінні шляхів вирішення проблеми якості стала опублікована Європейським бюро ВООЗ робота «Забезпечення якості медичного обслуговування (1985 р), у якій було запропоновано ввести в медичну практику елементи економічного механізму, який опирається на медичне страхування. Сучасні процеси з удосконалення управління якістю надання медичних послуг уже враховують досягнення ВООЗ і розвивають методичну базу з урахуванням спеціалізації в медицині, створенням доказової бази, стандартизації медичних послуг, появи нових медичних та організаційних технологій [9].

Особливу роль в дослідженні проблематики та розробленні стандартів медичних послуг нині відіграє Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Її функції полягають у аналізі національних програм з якості охорони здоров'я, накопиченні позитивного досвіду надання країнами у сфері управління якістю та розробленні рекомендації для підвищення ефективності управління якістю медичного обслуговування населення. Основні напрями вдосконалення управління якістю медичних послуг викладені в стратегічних документах багатьох європейських країн: Люблянській хартії (1996 р.), «Досягнення здоров'я для всіх у 21 сторіччі (1998 р.), «Здоров'я-21: Основи політики і досягнення

здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ» та багато ін. При їх розробленні відштовхувались від основних тез «Загальної декларації прав людини» (вона прийнята Генеральною Асамблеєю ООН у 1996 р.), якою проголошується право кожної людини на життя, свободу, безпеку, якісне і доступне медичне обслуговування» [23].

Якісне медичне обслуговування забезпечується багатьма чинниками. Це і наявність кваліфікованих працівників, і добре обладнана лабораторно-діагностична і лікувальна база, і умови лікування, що забезпечуються в облаштованих приміщеннях лікарень, амбулаторій та інших медичних закладів. Згідно визначення ВООЗ, «якісне медичне обслуговування – таке, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто потребує відповідної допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» [28]. Якісна медична допомога дає змогу швидше позбутися хвороби і повернутися до звичного способу життя, наповненого іншими турботами, а не страхом за можливі наслідки неправильного лікування. Тобто, продовжує здорове життя людини, робить його більш якісним.

Тому розвиток охорони здоров'я в Україні має відбуватися під цілеспрямованим і активним втручанням громадськості у розробку стратегічних планів розбудови медичних закладів, забезпечуючи відповідність якості медичних послуг в кожній громаді сучасним можливостям їх надання і вимогам до якості людського життя, незалежно від місця проживання населення, рівня доходів людини чи соціального статусу. Це право на якісну медичну послуг гарантується Конституцією України (ст. 49) [15], а його реалізація потребує ефективного управління, яке б забезпечувало постійне покращення якості медичних послуг на кожному рівні його надання – первинному, вторинному чи в спеціалізованих клініках [29]. Вимога ефективності управління цими процесами реалізується через

певні механізми і моделі, відображається у вигляді певних індикаторів (критеріїв якості) та має свою внутрігалузеву специфіку.

### 1.3 Специфіка управління якістю надання послуг у закладах первинної медико-санітарної допомоги

Кожна сфера людської діяльності успішно розвивається у разі відповідності результатів її діяльності очікуванням споживачів. З огляду на специфіку послуг сімейного лікаря споживчі очікування полягають передусім у отриманні якісної первинної медичної допомоги у разі захворювання. Психологічно будь-яка людина звертається по медичну допомогу лише у разі необхідності. І незважаючи на те, що до обов'язків сімейного лікаря входить і профілактика захворювань, і тривале й постійне стеження за станом здоров'я пацієнтів із хронічними захворюваннями, і підтримання необхідних інформаційних контактів із діагностичними центрами та іншими ланками медичної допомоги, все ж на першому плані в оцінюванні якості роботи сімейного лікаря знаходиться його кваліфікація – здатність встановити первинний діагноз і зрозуміти, якими мають бути подальші дії щодо пацієнта. Чи можна діагностувати хворобу за чітко виявленими ознаками і призначити амбулаторне лікування без направлення в спеціалізовані медичні заклади, чи потрібно робити більш глибокий аналіз стану здоров'я пацієнта і для цього він потребує спеціалізованої медичної допомоги. Ці та інші питання постійно постають перед сімейним лікарем і він має давати на них професійні відповіді.

І це в мирний час. А під час війни сімейні лікарі мусять нести ще більше навантаження – адже велика кількість жителів зі східних і південних регіонів стали внутрішньо переміщеними особами і навантаження на сімейних лікарів у західній частині України суттєво зросло. На плечі сімейних лікарів лягли додатковим тягарем і проблеми, пов'язані з від'їздом великої кількості працівниць медичної галузі за

кордон – через зумовлені війною загрози кожна жінка дбає передусім про забезпечення життя своїх дітей і рідних. Безпекова ситуація змінюється майже щодня – від обстрілів руйнуються медичні установи поліклінічного типу, спеціалізовані діагностичні центри та вузькопрофільні клініки. І все більшою стає відповідальність закладів первинної ланки охорони здоров'я за якісне виконання сімейним лікарем своїх професійних обов'язків.

Вони здійснюють діагностику й лікування гострих захворювань різного характеру, надають психологічну підтримку пацієнтам з хронічними захворюваннями, проводять профілактичні заходи для запобігання розвитку захворювань, ведуть статистику захворювань та їх причин, виконують широкий набір медичних процедур – і все це потребує професійних навичок і їх постійного удосконалення у зв'язку з появою новітніх технологій і засобів лікування. Складність їх роботи полягає і в тому, що вони мусять приймати рішення за відсутності чітких симптомів захворювання.

До того ж, багато рішень, які приймають сімейні лікарі щодо вибору протоколів лікування, опираються на дані медичного супроводу процесів лікування – а вони могли бути втрачені через війну, оскільки знаходились на паперових носіях (у медичних картках пацієнтів). І це може призводити до помилок у лікуванні, особливо з огляду на те, що більшість із числа практикуючих сімейних лікарів набули цього статусу не за результатами професійної підготовки у навчальних закладах, а в процесі реорганізації багатопрофільних поліклінік і короткотермінових курсів підвищення кваліфікації. А рішення, прийняті на первинних етапах, визначають правильність використання медичних ресурсів. Саме тому для надання адекватної і якісної медичної допомоги сімейні лікарі потребують розробки спеціальних алгоритмів і чітких навичок їх виконання.

Систематизовані нами чинники специфічності первинної медичної послуги, що впливають на її якість, наведено у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2 – Чинники специфічності послуг первинної медико-санітарної допомоги, що впливають на її якість

Чинники	Пояснення впливу чинника
Стан здоров'я пацієнта	Пацієнт не може наперед знати моменту та обсягів медичної послуги, яка йому може знадобитися
Протяжність потреби у медичній послугі в часі	Медичні послуги потрібні людині на різних проміжках її життя, у їх наданні задіяні медичні працівники різного профілю. Сімейний лікар має забезпечувати неперервність оцінки стану здоров'я пацієнта, результату лікування, оцінювати потреби додаткових досліджень і спеціалізованого лікування
Індивідуальність сприйняття	Суб'єктивність поєднання й узгодження очікувань пацієнтів з їх сприйняттям реального результату. Надання однієї і тої ж самої медичної послуги може спричинити різний ефект у різних осіб
Комплексність надання послуги	Медичні послуги можуть мати складну структуру, охоплювати декілька простіших, бути результатом роботи кількох категорій медичних працівників
Публічний характер послуги	Надаються усім особам, що звертаються за їх отриманням
Стандартизація протоколів надання послуг	Вимога стандартизації має суміщатися з індивідуальними характеристиками здоров'я пацієнта (вік, тривалість хвороби та інші)
Підвищені вимоги з боку держави та суб'єкта їх надання	Відповідність медичних працівників єдиним кваліфікаційним вимогам, наявність ліцензії на заняття медичною практикою, проходження акредитації тощо

Джерело: систематизовано автором на основі: [2]

Зважаючи на те, що медична послуга відчутно відрізняється від інших послуг тим, що не існує до початку надання, є трудомісткою, не має визначеної вартості до закінчення виконання, є нематеріальною і важко піддається розрахунку, персоніфікована, інтелектуально залежна від виробника послуг, її якість мінливою, суб'єктивною і залежить від особливостей споживача цієї послуги [22], управління забезпеченням якісної послуги (в тому числі і у сфері сімейної медицини) має враховувати як об'єктивні, так і суб'єктивні складові

цього процесу та зосереджуватися на трьох моментах, які виділив у А.Донабедян у 1966 р., опублікувавши свою статтю, в якій запропонував покласти їх в основу моделі управління якістю (тріада Донабедяна) [46] (рисунок 1.2).



Рисунок 1.2 – Концептуальна модель якості надання медичних послуг Донабедяна

А. Донабедяну належить першість у виділенні зазначених складових якості надання медичної послуги. Так звана Донабедійська модель і донині залишається домінуючою парадигмою управління в цій сфері; вона дала змогу алгоритмізувати процес управління якістю надання медичних послуг в різних закладах охорони здоров'я. Пояснимо її основні компоненти детальніше стосовно послуг сімейної медицини.

1) Якість структури – це сума складових, що описують умови її надання. В поняття «умови» входять: кваліфікація медпрацівників, наявність і стан обладнання та видаткових матеріалів, стан приміщень, організація роботи в просторі і часі амбулаторій та лікарів, обмін інформацією для внутрішнього використання і зовнішніх зв'язків (доступ до інтернет-мережі з відповідним програмним забезпеченням), доступ пацієнтів до інформації про їх здоров'я, яка дозволить їм брати участь у рішеннях про лікування.

2) Якість процесу забезпечується оптимальною сукупністю лікувально-діагностичних заходів, призначених і зроблених конкретному хворому. Це досягається через дотримання клінічних рекомендацій та протоколів лікування. Клінічні рекомендації стосуються певної методології лікування, які допомагають лікарю і пацієнту прийняти раціональні рішення щодо надання медичної допомоги в різних клінічних випадках. Клінічні протоколи – це нормативно-правові акти, які описують вимоги до надання медичної допомоги хворому при певному

захворюванні. Завдяки застосуванню клінічних рекомендацій і протоколів створюються умови, за яких помилка виконавця чи випадкове відхилення від нормативного процесу лікування не спричиняє погіршення результату медичної допомоги.

3) Якість результату описує співвідношення фактичних і запланованих результатів. Під останніми в сімейній медицині можна розуміти динаміку стану здоров'я пацієнта, а в медичному закладі – результати лікування усіх хворих за звітний період. Оцінка якості результату роботи сімейного лікаря може опиратись на сукупність результатів профілактики, діагностики та лікування захворювання пацієнта відповідно до встановлених вимог.

А.Донабедян припустив, що між індикаторами якості медичних послуг є взаємозв'язок: якість структури забезпечує якість процесу надання медичної допомоги, а це сприяє якості результату лікування. Проте це дещо спрощений підхід і, незважаючи на те, що в моделі чітко вказані залежності одних чинників від інших і від результату, вона не враховує реальних обставин медичної практики, які порушують лінійну взаємодію між складовими моделі.

На практиці в цю модель втручається багато чинників, які знаходяться у зовнішньому середовищі – наприклад такі, як зараз в Україні, спричинені війною. Тут уже гостріше відчувається вплив людського чинника, соціального середовища пацієнта і навіть місця його проживання, що в сільській медицині є доволі значущим фактором впливу на якість медицини.

Вітчизняні науковці, конкретизуючи тріаду Донабедяна в розрізі управлінських завдань медичних закладів, пропонують виділяти в тих складових, що забезпечують якість структури і якість процесу клінічні, організаційно-управлінські та економічні аспекти, а якість результату підкріплювати правовою підтримкою пацієнта у його праві на медичну послугу належного рівня (рис.1.3) [26].



Рисунок 1.3 – Складові системи управління якістю в закладі охорони здоров'я

Необхідно зазначити, що модель А.Донабедяна є адаптованим рішенням використання методичних підходів концепції TQM, згідно яких якість трактується не стільки як якість наданих послуг (тобто якість результату для клієнтів), а як якість роботи організації в цілому. Тому йдеться не просто про забезпечення необхідних стандартів якості продукції, її відповідності існуючим на сьогодні вимогам споживачів, а про постійне вдосконалення якісних параметрів – у напрямі, який дозволяє завоювати увагу і прихильність споживачів. Це потребує постійного оновлення знань, посилення зв'язку з науково-дослідними організаціями, трансферу знань і технологій, в які вони втілюються. Тому TQM охоплює управління усіма сторонами її діяльності. Схематично концепцію TQM подано на рис. 1.4.



Рисунок 1.4 – Загальна схема системи Total Quality Management

Джерело: [25]

Тобто, управління якістю розглядається як система взаємопов'язаних процесів. Звідси ефективність діяльності організації є результатом організації та управління системою взаємопов'язаних процесів зі створення споживчих цінностей (в даному разі медичних послуг). І завданням менеджменту згідно концепції TQM є постійне поліпшення якості усіх процесів для того, щоб максимізувати цінність (корисність) послуг для цільових груп споживачів.

В межах діючих механізмів управління якістю в закладах охорони здоров'я України складовими цього процесу слід вважати [29]:

- застосування системи клінічного аудиту; це дає змогу покращувати структури, процеси і результати надання медичної допомоги пацієнтам завдяки порівнянню фактичних складових медичної допомоги з встановленими критеріями і стандартами або передовими медичними практиками;

- запровадження в лікарську практику індикаторів якості медичної допомоги для забезпечення об'єктивного аналізу, оцінки та моніторингу їх якості та визначення проблем в її забезпеченні;

- вдосконалення кадрового і організаційного забезпечення медичної допомоги, що передбачає постійне підвищення кваліфікації медичного персоналу

в системі післядипломної медичної освіти, опануванні кращим світовим досвідом у сфері надання медичних послуг;

– удосконалення системи внутрішнього контролю якості медичної допомоги для визначення ступеня відповідності діяльності і результатів роботи закладу існуючим медичним стандартам і з подальшим коригуванням процесів та процедур надання медичної допомоги.

На якість надання медичних послуг закладами первинної ланки охорони здоров'я нині впливає і війна. З урахуванням реалій війни значно зріс рівень захворюваності населення на хвороби, пов'язані із стресовими ситуаціями. І багато хвороб зумовлені психосоматикою, вплив якої на вибір діагностичних процедур і протоколів лікування є доволі значущою проблемою, яка потребує накопичення статистичного матеріалу і досліджень. Проте в сучасних умовах цьому майже не приділяється уваги. Тим більше, що в Україні відхилення психологічного характеру, які не відносяться до психіатрії, вважаються соціальною, а не медичною проблемою пацієнтів і не досліджуються в межах сімейної медицини. А такі дослідження здійснювати необхідно, оскільки інформація про чинники захворюваності і патологічні стани населення має слугувати основою для рішень органів управління охороною здоров'я щодо розробки компенсаторних заходів.

На сьогодні національні програми досліджень проблем сімейної медицини підтримуються на рівні WONCA, якою визначаються пріоритетні напрями досліджень, формується міжнаціональна доказова база загальної практики та первинної допомоги, розробляються рекомендації для вдосконалення організаційних та економічних умов функціонування сімейної медицини. Головною метою таких досліджень є поліпшення якості надання медичної допомоги пацієнтам на первинних етапах. Однак якість медичних послуг є багатокomпонентним поняттям і для їх поліпшення необхідна контекстуальна доказова багатofакторна база, яка охоплює не тільки сферу медицини, а й соціології, антропології, психології тощо. Для проведення відповідних досліджень і в Україні необхідне належне фінансове

забезпечення функціонування галузі сімейної медицини. Його обґрунтованість за напрямками і обсягами дає змогу поліпшувати якість надання медичних послуг, а значить – зберігати людський капітал України.

### Висновки до розділу

Головною метою функціонування медичних закладів будь-якої країни є надання населенню якісних медичної допомоги і медичних послуг. Якість медичної допомоги має відповідати сучасному уявленню про їх рівень, який враховує досягнення медицини відповідного профілю і враховує індивідуальні особливості пацієнта, який потребує цієї допомоги. Право на якісні медичну допомогу і медичні послуги мають усі громадяни країни, незалежно від їх соціального статусу, рівня доходів і місця проживання. Первинною ланкою у наданні медичної допомоги і медичних послуг є сімейна медицина, працівники якої першими відгукуються на потреби пацієнтів у отриманні медичної допомоги і очікують її кваліфікованого надання. Розвиток сімейної медицини є важливою складовою медичної реформи, яка здійснюється в Україні, наближаючи стандарти галузі охорони здоров'я до світових і роблячи тим самим вагомий внесок у реалізацію цілей сталого й інклюзивного розвитку. Розбудова галузі дає змогу поліпшувати якість надання медичних послуг і в умовах війни, а в майбутньому – збільшувати тривалість здорового життя населення у повоєнній Україні.

## 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1 Аналіз змісту, завдань і результатів основної діяльності КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради у 2019-2021 роках

Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2 створено 10.10.2016 року, а 27.04.2018 р. воно набуло статусу комунального підприємства (скорочена назва КП «ХМЦПМСД №2»). У своїй діяльності КП «ХМЦПМСД №2» організаційно і фінансово підпорядковується Хмельницькій міській раді. Адміністративне приміщення Центру знаходиться у м. Хмельницький за адресою вул. Подільська, 54. Ліцензію на медичну практику КП «ХМЦПМСД №2» отримало у липні 2018 року (згідно наказу МОЗ № 1335 від 19.07.2018 р.; реєстраційне дос'є від 12.07.2018 № 1207/01-М). Вищу категорію «ХМЦПМСД №2» присвоєно за результатами акредитації від 22.11.2019 р., яка є чинною до 22.11.2022 р. і нині підприємство готує необхідні документи для підтвердження чинного статусу вищої категорії у сфері надання медичних послуг первинної медицини [17].

У своїй роботі «ХМЦПМСД №2» послуговується статутними документами, в яких визначено цілі діяльності згідно визначених Всесвітньою організацією сімейних лікарів (WONCA) принципів функціонування сфери сімейної медицини [3]:

- багатoproфільна первинна медична допомога;
- тривале й безперервне спостереження за клієнтами;
- визначення людини одиницею медичного обслуговування;
- профілактика є основою роботи сімейного лікаря;

- узгодження та впорядкування функцій усіх ланок медичної допомоги;
- відповідальність пацієнта, його сім'ї та суспільства за збереження й поліпшення здоров'я.

Відповідно до цих принципів у своїй діяльності «ХМЦПМСД №2» керується такими цілями:

- організація надання населенню міста кваліфікованої первинної медичної допомоги лікувально-профілактичного напрямку;
- здійснення профілактичних заходів для попередження й зменшення захворюваності населення, смертності й інвалідності та виявлення захворювань на їх ранніх стадіях;
- надання населенню міста, прикріпленому за сімейно-територіальним принципом та згідно укладених декларацій кваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги;
- здійснення постійного моніторингу стану здоров'я населення міста;
- проведення профілактичних щеплень закріплених за дільницями одиниць медичного обслуговування (людей) згідно укладених декларацій;
- надання пацієнтам направлень на отримання вторинної і третинної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування;
- забезпечення дотримання прав і обов'язків пацієнтів.

КП «ХМЦПМСД №2» надає медичні послуги первинного характеру у стаціонарних амбулаторіях, більшість з яких знаходиться на території м. Хмельницький. Водночас, згідно територіального розподілу, до зони відповідальності підприємства віднесено і села, які знаходяться в близькому оточенні Хмельницького – Бахматівці, Давидківці, Олешин, Пирогівці. У 2021 р. створено також медичні пункти тимчасового базування у селах Черепівка, Велика Калинівка, Іванківці та Пархомівці, з населенням яких також укладено декларації на надання первинних медичних послуг.

Усього КП «ХМЦПМСД №2» має 17 стаціонарних амбулаторій та 4 тимчасових, які з часом планується перевести до стаціонарних. Тим більше, що амбулаторії планово приводяться до стану, який відповідає стандартам медичного обслуговування населення. Лише протягом 2021 року здійснено капітальні ремонти кабінетів і місць очікування пацієнтів у АЗП-СМ № 3 (вул. Курчатова, 1), АЗП-СМ №6 та № 7 (Проспект Миру, 61). Проведено поточні ремонти у АЗП-СМ № 4 (вул. Залізняка, 14), АЗП-СМ № 8 (Зарічанська, 30), АЗП-СМ № 13 (вул. Трудова, 5-ж), АЗП-СМ № 14 (с. Олешин, вул. Козацька,8); проведено реконструкцію нежитлового приміщення під АЗП-СМ № 9 (вул. Кам'янецька, 67), яка раніше знаходилась на території головного адміністративного приміщення за адресою вул. Подільська, 54. Усі амбулаторії приєднані до інтернет-мережі, мають необхідне комп'ютерне програмне забезпечення. Сільські амбулаторії також поступово оснащуються необхідним діагностичним обладнанням (наприклад, аналізаторами крові та сечі), в них виконуються медичні процедури для лікування хворих в амбулаторному режимі, якість надання медичних послуг задовольняє пацієнтів. Для обслуговування пацієнтів у сільській місцевості у 2021 р. придбано 2 автомобілі.

КП «ХМЦПМСД №2» підпорядковується Хмельницькій міській раді не тільки організаційно, а й в деякій мірі фінансово. Тобто, фінансування діяльності здійснюється як за рахунок НСЗУ, так і за рахунок місцевого бюджету (хоча й значно менше), а також залучених коштів з інших джерел. Такий порядок фінансування дає змогу органам місцевого самоврядування додатково поліпшувати матеріально-технічну базу для надання первинної медичної допомоги і кращого обслуговування населення. Про певний прогрес у діяльності Комунального підприємства «ХМЦПМСД №2 за останні три роки свідчать основні показники його роботи, які за період 2019-2021 років подано в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Основні техніко-економічні показники діяльності Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради у 2019-2021 роках

Показник	Од. виміру	Дані за роками			Темп змін, %		
		2019	2020	2021	2020/2019	2021/2020	2021/2019
Фактичні сумарні видатки з НСЗУ	тис. грн	82822,3	90984,2	105471,2	109,9	115,9	127,3
Видатки з місцевого бюджету	тис. грн	4681,6	4947,1	5827,7	105,7	117,8	124,5
Залучені кошти	тис. грн	466,1	692,8	475,4	148,6	68,6	102,0
Інші доходи	тис. грн	55,6	65,0	60,1	116,9	92,5	108,1
Усього доходів	тис. грн	88025,6	96689,1	111834,4	109,8	115,7	127,0
Видатки на комунальні послуги	тис. грн	861,6	1237,2	1538,5	143,6	124,4	178,6
Видатки на заробітну плату з нарахуванням	тис. грн	42097,4	69653,2	82278,0	165,5	118,1	195,4
Капітальні видатки	тис. грн	5433,5	12954,3	12450,9	238,4	96,1	229,2
Усього видатки	тис. грн	48392,5	83844,7	96267,4	173,3	114,8	198,9
Штатних посад лікарів	од.	132	135	137,5	102,3	101,9	104,2
Фізичних осіб лікарів	осіб	115	113	122	98,3	108,0	106,1
Штатних посад середнього медичного персоналу	од.	132	135	150	102,3	111,1	113,6
Фізичних осіб середнього медичного персоналу	осіб	133	133	143	100,0	107,5	107,5
Середня заробітна плата лікаря	грн	16731,0	19206,9	22003,0	114,8	114,6	131,5
Середня заробітна плата середнього медичного персоналу	грн	9147,0	11603,5	14000,0	126,9	120,7	153,1
Зареєстровано хворих	осіб	-	6763	22276	-	329,4	-
Проліковано амбулаторно	осіб	-	5964	21313	-	357,4	-

Як видно із наведених в таблиці 2.1 даних, КП «ХМЦПМСД №2» нарощує обсяги своєї діяльності, розвиваючи можливості якісного обслуговування населення територіальної громади. Про це свідчать як дані про кількість медичного персоналу, який здійснює медичне обслуговування у стаціонарних амбулаторіях, так і дані про кількість відвідувань хворих, які звертались по допомогу до сімейних лікарів Центру і отримали від них рекомендації для лікування. Уможливлення позитивної динаміки діяльності КП «ХМЦПМСД №2» забезпечується достатнім обсягом фінансових надходжень – як із НСЗУ, так і з інших джерел. Так, за три роки сумарні видатки з НСЗУ зросли на 127,3%, приблизно такою ж була динаміка й надходжень з місцевого бюджету – зростання видатків за три роки склало 124,5%. Більш нерівномірно змінювались обсяги залучених коштів – у 2020 році їх сума зросла майже на 50%, а в 2021 – майже на 30%. Як результат – за три роки зростання склало всього 2%. Зважаючи на те, що видатки з НСЗУ та місцевого бюджету є стабільними надходженнями для фінансування роботи КП «ХМЦПМСД №2», доцільно співвіднести їх у динаміці досліджуваного періоду (рис.2.1).

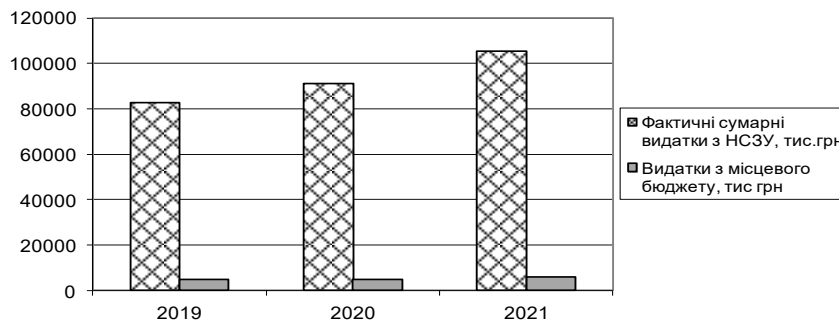


Рисунок 2.1 – Співвідношення основних джерел надходження коштів для фінансування видатків КП «ХМЦПМСД №2», тис. грн

Як видно із рисунка 2.1, обсяги цих коштів суттєво відрізняються – з місцевого бюджету виділяється близько 5,5% від того обсягу, що надходить від НСЗУ. Це й логічно, тому що основний принцип, за яким відбувалось реформування діяльності первинної ланки – кошти йдуть за пацієнтом. І найбільша їх частка спрямовується на оплату праці медичного персоналу, передусім, сімейних лікарів. Тому у структурі видатків КП «ХМЦПМСД №2» видатки на заробітну плату з нарахуванням займають понад 80% (рисунок 2.2).

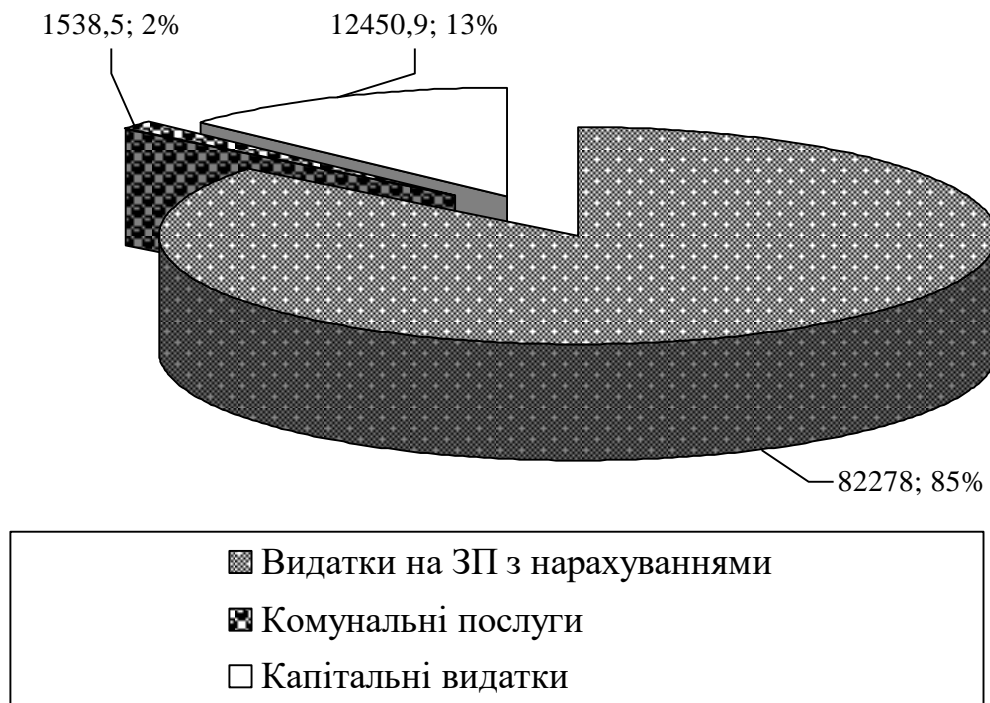


Рисунок 2.2 – Структура видатків КП «ХМЦПМСД №2» у 2021 році, тис. грн

Зростання обсягів видатків на заробітну плату лікарів склало за 2021 рік 14,6%, а загалом за три роки – на 31,5%. При цьому кількість лікарів зросла за три роки всього на 6,1% (див. таблицю 2.4). Така різна динаміка зростання видатків на заробітну плату і кількості лікарів вказує на те, що зростають рівні заробітної плати медичних працівників – як лікарів, так і медичних сестер. І дані

таблиці 2.4 це підтверджують – за три роки зарплата медичних сестер зростає навіть більше, ніж зарплата лікарів – на 53,1 %. Порівняльна динаміка показників заробітної плати в розрізі основних категорій медичних працівників КП «ХМЦПМСД №2» проілюстрована рисунком 2.3.

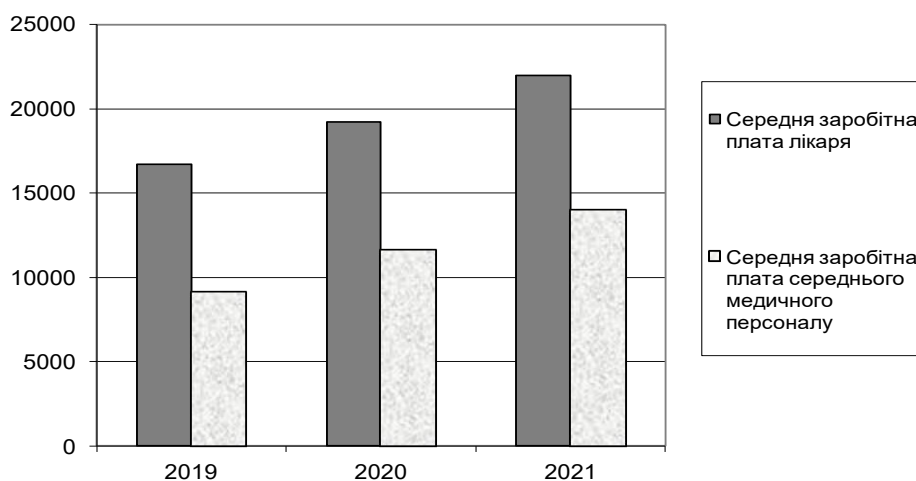


Рисунок 2.3 – Динаміка середньої заробітної плати медичних працівників КП «ХМЦПМСД №2» у 2019-2021 роках, грн

Звичайно, на таке суттєве зростання заробітної плати медичного персоналу вплинула і ситуація із захворюванням на Covid-19. Адже пік захворювань якраз і прийшовся на 2021 рік. Як показують наведені в табл. 2.4 статистичні дані про кількість звернень по медичну допомогу і кількість тих, кому було призначено лікування, то в 2021 р. таких випадків зафіксовано більш ніж втричі більше порівняно з попереднім, 2020 роком ( у 2019 р. така статистика не велась). Разом з тим, зростання рівня оплати медичних працівників вказує на те, що вони фахово

виконують свою основну роботу – надають первинну медичну допомогу населенню відповідно до укладених декларацій – з кожним роком кількість укладених угод зростає. Так, у 2020 р. було укладено 153010 декларацій, то вже у 2021 р. кількість укладених з населенням територіальної громади декларацій становила 165445 (зростання на 8%). І це спонукає менеджмент підприємства збільшувати штатну кількість персоналу – як видно із наведених в табл. 2.4 даних, протягом усього періоду дослідження фактична кількість медичних працівників була меншою, ніж затверджена штатним розписом. Це особливо стосується лікарів, де штати залишаються заповненими приблизно на 90%. І можна припустити, що наявної кількості медичних працівників не вистачає для того, щоб забезпечувати належний рівень якості медичних послуг за тими складовими, які відносяться до сфери відповідальності сімейного лікаря.

Для підтвердження або спростування даного припущення проаналізуємо умови, які необхідні для надання якісних медичних послуг на КП «ХМЦПМСД №2» і динаміку кількісних характеристик надання цих послуг в розрізі показників якості роботи підприємства.

## 2.2 Дослідження чинників, що впливають на якість надання медичних послуг у КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради

Якість надання медичних послуг у первинній ланці медичної допомоги залежить від багатьох чинників. І це не тільки висока кваліфікація лікарів та медичних сестер, а й наявність необхідного для встановлення первинного діагнозу лабораторного устаткування, належним чином обладнаних приміщень для здійснення медичних маніпуляцій, постійний доступ до загальної інтернет-мережі для роботи із системою ІСРС-2 та ін. – усе те, що дає змогу медичним працівникам поєднувати функції профілактики захворювань, їх первинного

діагностування для визначення складності хвороби і потреби в спеціалізованому обстеженні, а також – безпосереднього ведення хворих, що потребують лікування.

Отже, в першу чергу більш детально проаналізуємо кадрове забезпечення КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради. Динаміку показників, що відображають структуру медичного персоналу підприємства в розрізі категорій медичних працівників і їх спеціалізації, наведено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Динаміка кадрового забезпечення діяльності Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради у 2019-2021 роках

Показник	Од. виміру	Дані за роками			Темп змін, %
		2019	2020	2021	2021/2019
Кількість штатних посад лікарів	од.	132	135	137,5	104,2
Кількість фізичних осіб лікарів	осіб	115	113	122	106,1
З них сімейних лікарів,	осіб	70	74	78	111,4
В тому числі:					
- дільничних терапевтів	осіб	7	2	3	42,8
- дільничних педіатрів	осіб	35	34	37	105,7
- керівників	осіб	3	3	4	133,3
Кількість лікарів-інтернів	осіб	1	2	2	200
Кількість лікарів пенсійного віку/відсоток від загальної кількості	осіб	30/26	23/20,4	27/21,6	-
Атестовано лікарів /відсоток від тих, хто проходив атестацію	осіб	33/100	10/100	31/100	-
Кількість штатних посад середнього медичного персоналу	од.	132	135	150	113,6
Кількість фізичних осіб середнього медичного персоналу	осіб	133	133	143	107,5
Кількість СМП пенсійного віку	осіб	12/9	9/6,8	9/6,3	-
Атестовано СМП	осіб	26/19,5	16/100	25/100	-

Із наведених в таблиці даних видно, що кількість медичного персоналу КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради протягом періоду дослідження зростала – як за штатним розписом, так і за кількістю дійсно працюючих. Збільшення штатної чисельності пов'язано із зростанням кількості укладених декларацій та зі створенням у 2021 р. тимчасових амбулаторних пунктів у чотирьох селах територіальної громади, про що йшлося вище. Значне зростання кількості лікарів відбулося у 2021 році – на 9 осіб. Це зумовлено зростанням обсягів робіт, пов'язаних із протистоянням пандемії Covid-19. Зростання відбулося як за кількістю лікарів, так і за кількістю середнього медичного персоналу, який також був задіяний у процесах вакцинації та амбулаторного обслуговування пацієнтів.

Звертає на себе увагу те, що за три роки дещо зменшився відсоток лікарів пенсійного віку – якщо у 2019 р. таких осіб було 30, то в 2021 – лише 27. Але в 2021 р. таких осіб було більше, ніж у 2020 (23 особи). Це також пов'язано із тим, що збільшилась потреба у досвідчених медичних працівниках через зростання кількості хворих на Covid-19.

Якість надання медичних послуг у закладах первинної медичної допомоги залежить і від того, наскільки наявні працівники відповідають вимогам своїх професій. Для контролювання такої відповідності проводяться регулярно атестації працівників. Із даних, наведених у табл.2.2 видно, що усі працівники КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради, які проходили атестацію в 2020-2021 роках, були атестовані. Значить, їх компетенції достатні для якісного надання послуг у всьому спектрі роботи працівників первинної медичної допомоги.

Заслуговує схвалення робота керівництва КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради з підготовки молодих фахівців – поряд із досвідченими лікарями набувають досвіду практичної роботи у сфері первинної медичної допомоги інтерни. У 2020-2021 роках такого досвіду набували 2 особи, у 2019 р. – одна людина.

Якість надання медичних послуг залежить не тільки від професійної компетентності і досвіду медичного персоналу, а й значною мірою від матеріально-технічного забезпечення діяльності. Показники, що відображають динаміку цього забезпечення КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради наведено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Динаміка матеріально-технічного забезпечення діяльності Комунального підприємства «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради у 2019-2021 роках

Показник	Од. виміру	Дані за роками			Темп змін, %
		2019	2020	2021	2021/2019
Витрати на придбання медичного обладнання	тис.грн	3535,3	6707,9	6640,2	187,8
Витрати на ремонт амбулаторій	тис.грн	1963,7	6246,4	5810,7	295,9
Здійснення заходів з протипожежної безпеки	тис.грн	60,9	92,9	114,3	187,7
<b>Забезпеченість амбулаторій</b>					
Автотранспортом	од.	4	6	9	225
Глюкометрами		12	13	14	116,7
Електрокардіографами		12	13	14	116,7
Вагами для дітей		72	76	76	105,6
Вагами для дорослих		71	96	111	156,3
Гематологічним аналізатором		2	2	9	450,0
Аналізатором сечі		2	2	9	450,0
ІФ - аналізатором		1	1	1	100,0
<b>Забезпеченість лікарів (100 % від всіх)</b>					
Отоскопами	од.	115	113	120	104,3
Офтальмоскопами		115	113	122	106,1
Пульсоксиметрами		115	113	232	201,7
Пікфлуометрами		115	113	100	87,0
Таблицями для визначення гостроти зору		115	113	118	102,6
холестеринοметрами		13	13	13	100,0

Як показують дані, подані в таблиці 2.3, протягом трьох досліджуваних років КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради доволі активно розвивало свою матеріально-технічну базу. Це дає змогу розширювати можливості надання якісної первинної медичної допомоги, особливо в сільських населених пунктах. Медичне обладнання, яким оснащені амбулаторії, використовується для проведення діагностичних процедур, що відносяться до переліку тих, які необхідні для первинного встановлення діагнозу. Як видно із наведених в табл.2.6 даних, кількість такого обладнання зросла у 2021 році, що стало можливим і за рахунок надходжень від міського бюджету. За три роки витрати на придбання медичного обладнання зросли майже удвічі – з 3535,3 до 6640,2 тис. грн. на рік. Динаміка відповідних витрат проілюстрована графічно на рисунку 2.4.

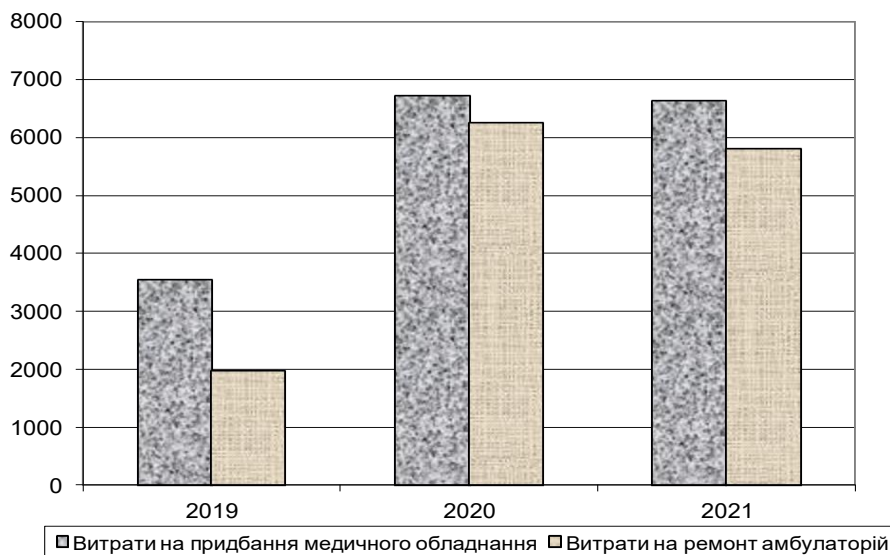


Рисунок 2.4 – Динаміка витрат КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради на розвиток матеріально-технічної бази, тис. грн

Протягом досліджуваного періоду суттєвими були витрати на ремонт амбулаторій – адже мережа сімейних амбулаторій збільшилась і кожне приміщення, виділене територіальною громадою, необхідно було привести у належний стан. Капітальні ремонти здійснено у чотирьох приміщеннях сімейних амбулаторій м. Хмельницький і частковий – у тимчасових амбулаторіях чотирьох сіл, про що відзначалось вище у п.2.2. Ці приміщення облаштовувались як за рахунок виділених територіальною громадою коштів, так і за рахунок коштів КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради.

Значні витрати КП «ХМЦПМСД №2» понесло також для придбання автотранспорту – тільки у 2021 р. було придбано 3 автомобілі, які активно використовуються для обслуговування сімейних амбулаторій, в тому числі – в процесі проведення вакцинацій від Covid-19. Наявність власного автотранспорту прискорює і логістику забезпечення амбулаторій ліками та препаратами для профілактичного обслуговування клієнтів, дає змогу сімейним лікарям охопити процедурами амбулаторного лікування більшу кількість пацієнтів, що вимушені були перебувати на карантинному лікуванні від коронавірусної хвороби.

### 2.3 Аналіз результатів роботи КП «ХМЦПМСД №2» з надання первинних медичних послуг

Якість надання послуг закладами первинної медичної допомоги безпосередньо залежить від сімейних лікарів. Їх робота значно відрізняється від роботи дільничних терапевтів чи педіатрів, якою вона була до початку реформування медичної галузі. Сімейний лікар, надаючи медичну допомогу кільком поколінням пацієнтів з одної родини, для їх кваліфікованого лікування має розуміти особливості перебігу хвороб як дорослих (в тому числі літніх) людей, так і дітей. Крім того, він має бути обізнаний із тим, як відносяться його пацієнти до свого здоров'я, чи займаються вони спортом, чи мають шкідливі

звички, якою є специфіка роботи дорослих членів родини, якими є їх ставлення до харчування тощо. Це дає змогу відстежувати ризики погіршення здоров'я у разі недотримання певних застережних заходів у побутовій чи робочій поведінці пацієнтів, що уклали з лікарем декларацію на надання медичних послуг. Це відноситься до сфери профілактики захворювань, яка потребує не тільки дотримання графіка профілактичних щеплень, а й активної роз'яснювальної роботи із населенням, що проживає на закріпленій території. І чим більше пацієнтів уклало декларацію на обслуговування, тим масштабнішою за обсягами і відмінностями є робота сімейного лікаря. Динаміка укладання декларацій з лікарями КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради в розрізі структури населення та результатів звернення пацієнтів у 2019-2021 роках узагальнено відображена в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 – Динаміка укладання декларацій з лікарями КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради в розрізі структури населення у 2019-2021 роках

Показник	Од. виміру	Дані за роками			Абсолютні зміни
		2019	2020	2021	2021-2019
Чисельність прикріпленого за підприємством населення територіальної громади, всього	осіб	154538	153667	163330	8792
З них дитячого віку (0-17 років)	осіб	32346	32575	34448	2102
Кількість укладених декларацій, всього	одиниць	145002	153010	165445	20443
у % від прикріпленого	%	94,0	99,6	101,3	7,3
З них дитячого населення		35013	36754	36417	1404
у % від прикріпленого дитячого	%	108,0	112,8	103,8	-4,2
Сільського населення	одиниць	-		5397	-
у % від усього прикріпленого	%	-	-	59	-
Міського населення	одиниць	145002	153010	160048	15046
у % від прикріпленого	%	94,0	99,6	98,0	4,0
Середня кількість населення на 1 сімейного лікаря	осіб	1470	1548	1709	239

Зважаючи на те, що укладання декларацій залежить від якості надання послуг лікарем, можна робити висновки про відповідність якісних характеристик його роботи стандартам сімейної медицини – адже кількість укладених декларацій за три роки зросла на 20443 одиниці. При цьому кількість прикріпленого населення територіальної громади збільшилась на значно меншу величину – 8792 осіб. З них осіб дитячого віку – 2102 (кількість додатково укладених декларацій на обслуговування мед послугами дитячого населення була меншою – 1404 декларації). Але останньому є пояснення – зменшилась у 2021 році кількість пацієнтів дитячого віку на прикріпленій за КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради території.

Із таблиці видно, що у 2021 р. зростання кількості укладених декларацій перевищило 100 %. Тобто, можна подумати, що такі відсотки є помилкою в обчисленнях. Але насправді це свідчить про те, що з сімейними лікарями укладено угоди на надання медичних послуг з не прикріплених до КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради територій громади. І це є непрямим свідченням того, що якість послуг сімейних лікарів відповідає стандартам медичного обслуговування.

Разом з тим, така динаміка зростання кількості укладених угод є результатом створення тимчасових пунктів обслуговування у чотирьох селах територіальної громади. Тому зросла кількість населення (як дорослого, так і дитячого), яким рекомендовано отримувати послуги первинної медичної допомоги у КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради. І якщо проаналізувати частки сільського і міського населення територіальної громади, які уклали декларації на обслуговування, то дані вказують, що сільське населення показує гіршу картину – у 2021 р. жителями сіл було укладено всього 59% від загальної кількості тих, хто проживає на даній території. З міськими жителями громади укладено 98% декларацій на надання медичних послуг.

Робота сімейних лікарів КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради у 2020-2021 роках була дуже напруженою через пандемію, оскільки основне навантаження по встановленню первинного діагнозу припало саме на ланку сімейної медицини. В 2021 році значно зросла не тільки кількість захворювань, а й кількість діагностичних процедур, які виконувались силами медиків КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради. Якщо у 2019 році було проведено всього 4613 аналізів різного виду, то в 2020 р. – 67330. Тобто, обсяги робіт зросли більш ніж у 14 разів. У 2022 р. ця кількість зросла до 156075 одиниць. Тобто, зросла ще більш ніж удвічі. До того ж, змінилась і структура проведених аналізів – на перше місце вийшли аналізи на Covid-19. А це потребувало забору крові для проведення ПЛР тестів – їх кількість зросла з 980 у 2020 р. до 34567 у 2021 році. Порівняльна структура проведених КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради діагностичних процедур у 2019-2021 роках узагальнено подана в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Порівняльна структура проведених КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради діагностичних процедур у 2019-2021 роках

Види аналізів	Кількість проведених аналізів за роками		
	2019	2020	2021
Гематологічні	-	23289	23289
Біохімічні	4266	23903	37496
Імуноферментних (Covid-19 працівникам)	-	2058	2070
Швидких тестів	347	1497	16796
В т.ч.: на Covid-19:	-	400	15292
- на ВІЛ	44	207	264
- на гепатити	152	486	687
- на тропоніни	116	262	427
- на вагітність	35	142	126
Всього	4613	67330	156075
Проведено заборів крові для ПЛР на Covid-19	-	980	34567

Робота лікарів в умовах пандемії Covid-19 велась з використанням застережних заходів – лікарі першими пройшли вакцинацію, в амбулаторіях були всі необхідні гігієнічні засоби для попередження поширення вірусів, пацієнти приймались строго за попереднім записом з дотриманням інтервалів на кварцування та вологе прибирання приміщень. Незважаючи на такі заходи, багато лікарів також захворіли, що збільшило навантаження на тих, хто залишився працювати. Проте протидія коронавірусу не означала припинення лікування пацієнтів з іншими хворобами – і з метою встановлення вірного діагнозу потрібно було робити й інші аналізи. Їх кількість у 2020-2021 роках також зросла (див.табл.2.7), але це було зумовлено не стільки зростанням захворюваності пацієнтів, як збільшенням їх кількості – у 2021 р. додатково було укладено угод із жителями тих населених пунктів, які були закріплені за КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради. Так, якщо в 2020 р. кількість укладених із сімейними лікарями декларацій на медичне обслуговування в складала 153010 одиниць (99,6% від кількості прикріпленого населення територіальної громади), то в 2021 році – уже 165445 декларацій, що навіть перевищило на 1,3% кількість жителів на відповідній прикріпленій території (за рахунок тимчасових пунктів обслуговування чотирьох сіл).

Такі значні обсяги робіт, які виконувалися і виконуються наразі працівниками КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради, потребують відповідного інформаційного супроводу. Це досягається використанням кожним сімейним лікарем комп'ютерного доступу до Міжнародної інформаційної системи охорони здоров'я МЕДІКС. Наразі 100 відсотків робочих місць лікарів оснащені комп'ютерами і мають змогу працювати в мережі, заносючи в систему дані про кожного пацієнта в режимі реального часу і надаючи за допомогою електронної системи направлення до лікарів вторинної медичної ланки.

## Висновки до розділу

Дослідивши діяльність КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради, можемо зробити висновки, що її результати відповідають умовам реформування сфери охорони здоров'я в Україні, яка почалась у 2017 році. Сформовано колектив медичних працівників, кожен з яких пройшов атестацію, підтвердивши тим самим свої професійні компетенції для роботи в ланці первинної медичної допомоги. З населенням територіальної громади укладено декларації, ведеться облік відвідувань захворювань, здійснюються заходи профілактичного характеру.

Матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій дає змогу виконувати діагностичні та інші медичні процедури, що відносяться до ланки первинної медичної допомоги. Кожен складний випадок, який спричинив значне погіршення здоров'я пацієнта (в тому числі смертельний випадок внаслідок важкого перебігу Covid-19), ретельно аналізується для визначення, чи не спричинено це неухважністю лікаря чи його недостатньою кваліфікацією. Доступ до Міжнародної інформаційної системи охорони здоров'я МЕДІКС дає змогу ефективно використовувати інформаційні ресурси цієї системи і підвищувати якість надання медичних послуг працівниками КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради. Вмотивованість сімейних лікарів до зростання своєї професійної компетентності підкріплюється зростанням числа пацієнтів, з якими укладаються декларації на надання медичних послуг – і це відображається у рівні заробітної плати. Керівництво закладу професійно керує процесами організації медичного обслуговування закріпленої територіальної громади, аналізуючи роботу медичних працівників, в тому числі – і у сфері якості надання медичних послуг. Разом з тим, КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради не має чітко розробленої системи управління якістю надання послуг сімейними лікарями, яка б ґрунтувалася на оперативному зворотному зв'язку з пацієнтами. Розробка відповідних рекомендацій і є одним із завдань даної магістерської роботи.

## З УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ №2» ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

### 3.1 Адаптація моделі Донабедяна для управління якістю надання послуг первинної медико-санітарної допомоги

Удосконалення технології, методів чи механізмів управління будь-яким об'єктом є запорукою ефективності системи менеджменту. Цей висновок є принципово важливим для збереження стійкості організації до впливів зовнішнього середовища, яке з кожним роком стає все динамічнішим і складнішим для прогнозування. Організації, що працюють у сфері охорони здоров'я, також мусять дотримуватися цього принципу, тим більше, що з 2017 року в Україні відбувається реформування галузі з виділенням ланок первинної, вторинної та спеціалізованої допомоги. Ці ланки, будучи тісно пов'язані між собою єдиним завданням – забезпечувати населення країни кваліфікованою медичною допомогою, сприяючи збереженню здоров'я нації, все ж виконують різні функції. І це формує особливості управління процесами надання медичних послуг та накладає певні вимоги і обмеження на процеси оцінювання їх якості. Незважаючи на це, ці процеси мають бути системними, комплексними і результативними, даючи змогу керівникам усувати виявлені недоліки і поліпшувати управління якістю надання медичних послуг, працюючи в першу чергу з позицій задоволення потреб пацієнтів. Ці потреби полягають в отриманні послуг первинної медичної допомоги, так як це відповідає спеціалізації КП «ХМЦПСМД № 2» Хмельницької міської ради.

В загальному вигляді процес управління якістю надання медичних послуг поетапно наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Процес управління якістю надання медичних послуг

Етапи управління	Шляхи досягнення
Розуміння концепції управління якістю	Активне залучення експертів з питань управління якістю та TQM.
Затвердження політики управління якістю	Здійснюється після встановлення цілей в сфері організації якості та прийняття зобов'язань
Проектування організаційної культури	Виконувати так, щоб забезпечити надання тих послуг, яких потребують пацієнти
Вимірювання якості результатів за допомогою методу опитування клієнтів по очікуванню від послуг	При їх відповідності одне одному вважається, що вимоги клієнта виконані, є задоволений пацієнт, значить сама послуга є якісною.
Планування змісту діяльності за допомогою аналізу якості досягнутих результатів	Чітко встановити: які послуги медико-санітарної допомоги можна здійснювати стандартно, які потребують удосконалення, хто має їх виконувати і як саме
Визначення спроможності закладу задовольняти додаткові потреби медичної допомоги пацієнтів	Застосовувати необхідні методики і давати рекомендації персоналу щодо можливості їх участі у наданні додаткових медичних послуг
Проведення статистичного контролю для визначення спроможності співробітників надавати якісні послуги	Використовувати індикатори якості для
Навчання персоналу	Проведення постійної та неперервної підготовки та перепідготовки працівників у сфері управління якістю

В галузі охорони здоров'я, незважаючи на значні зміни у технологіях і процедурах лікування, пов'язаних із науковими дослідженнями у фізіології людини і методах її лікування, управлінським стандартом у сфері забезпечення якості надання медичних послуг досі вважається модель А.Донабедяна, так звана тріада складових якої (якість структури, процесів і результату) визначає основні групи чинників, що

впливають на якість медичної допомоги. Розгорнута характеристика цих складових наведена у п.1.3. А.Донабедян переконливо довів, що між цими складниками якості медичних послуг є взаємозв'язок: якість структури забезпечує якість процесу надання медичної допомоги, а це сприяє якості результату лікування. На нашу думку, існує також і зв'язок якості структури із якістю результату – бо недосконалість організації системи менеджменту впливає безпосередньо на результативність спільної діяльності працівників, на їх здатність досягати поставлених цілей. Беручи до уваги наявність і такого зв'язку, нами було схематично подано дану модель управління якістю надання медичних послуг на рисунку 3.1.

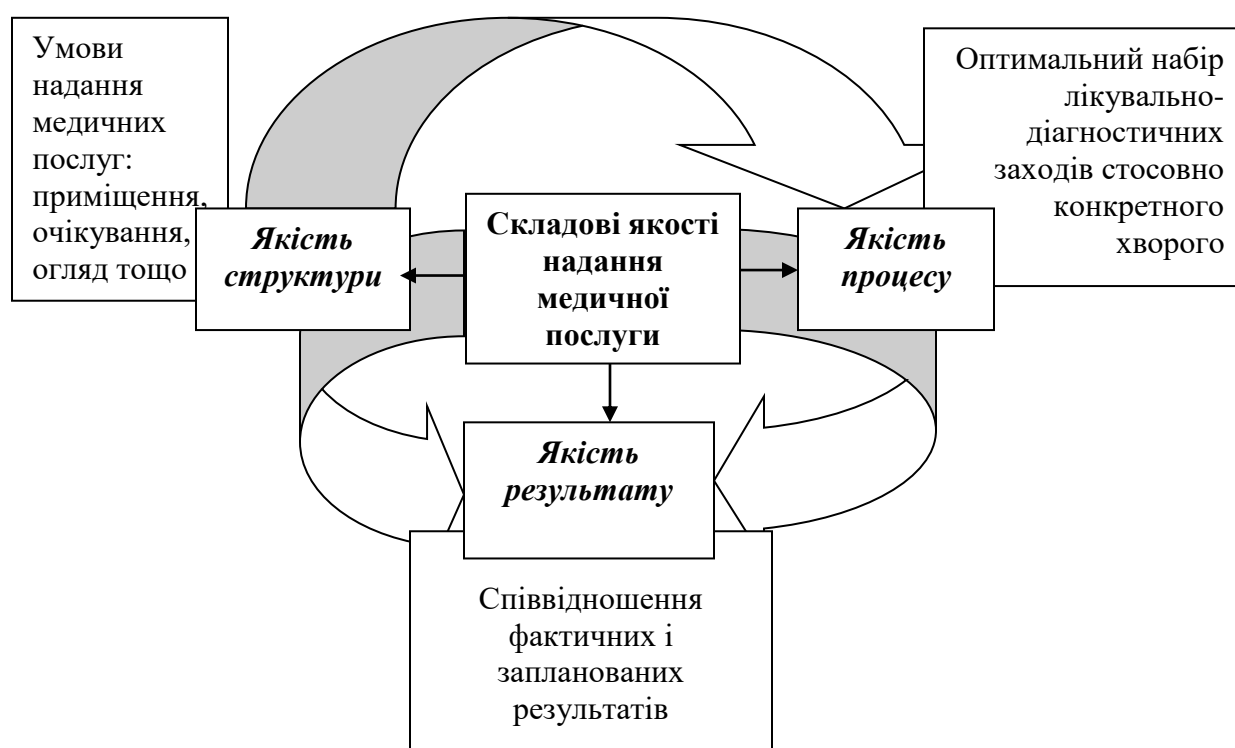


Рисунок 3.1 – Складові якості надання медичних послуг, які акцентують основні напрями системи менеджменту в досягненні досконалості

Джерело: побудовано на основі моделі [46]

Слід зазначити, що така модель є узагальненою для всіх видів медичних закладів. Для конкретних видів вона може доповнюватися додатковими чинниками і зв'язками. Наприклад, в моделі, запропонованій групою вчених [49],

враховано вплив специфічних зовнішніх факторів на якість роботи медичних закладів клінічного типу, що працюють лише з пацієнтами, що мають укладені угоди про медичне страхування. Вони додатково внесли в модель вартість послуг, клінічні покази для лікування і навіть працевлаштування пацієнтів (саме останнє впливає на наявність медичного страхування).

В моделях інших науковців зовнішні чинники узагальнено як «якість середовища проживання», індикаторами якого служать і транспортне сполучення, і демографічні характеристики населення і соціальна інфраструктура і соціальні параметри суспільства [48]. Однак ця модель розроблена для закладів невідкладної медичної допомоги в розвинених країнах, тому потребує уточнення для закладу сімейної медицини.

Загальною практикою оцінювання результатів лікування, яка, згідно моделі А.Данабедяна, дає змогу встановити рівень відповідності застосованих заходів тим, що закріплені в стандартах якості, є встановлення індикаторів якості. Метою їх запровадження є [47]:

- безперервне поліпшення якості надання медичних послуг, постійне скорочення негативних змін рівня якості в роботі медичних закладів і допомога медичному персоналу в прийнятті правильних рішень застосування медичної практики;
- ефективне використання ресурсів з урахуванням очікувань пацієнтів і запобігання зайвим витратам для здійснення непотрібних медичних процедур чи загальних клінічних заходів;
- здійснення об'єктивної оцінки ефективності і рентабельності медичних закладів;
- забезпечення умов для внутрішнього управління якістю діяльності медичного закладу та зовнішній гарантії якості з боку органами управління охороною здоров'я;

- оцінка рівня досягнення якості медичних послуг тому, що визначений стандартами і протоколами медичної допомоги.

Індикатори якості медичної допомоги мають бути встановлені для кожної складової тріади якості – структури, процесів та результатів. При формуванні їх сукупності необхідно зважати на те, наскільки вони можуть бути розраховані на основі інформації з існуючої доказової бази, чи можливе їх адекватне використання, щодо кого існує обмеження у доступі до бази даних та ін. Для індикаторів якості медичної допомоги є умова відповідності їх засадам доказової медицини та узгодженість зі стандартами медичної допомоги. Такі індикатори зазвичай відповідають певним характеристикам медичних технологій, їх матеріально-технічного і кадрового забезпечення, які можуть бути удосконалені завдяки відповідним управлінським рішенням.

Залежно від рівня розвитку і специфіки управління системою охорони здоров'я в різних країнах, набір індикаторів оцінки якості медичних послуг в закладах охорони здоров'я відрізняється. Тим не менше, у більшості розвинених країн (США, Великобританія, Канада, Австралія, країни ЄС та ін.) моніторинг якості систематично здійснюється не тільки державними службами охорони здоров'я, а й неурядовими і міжнародними організаціями.

Усі вони використовують значні доказові бази даних для того, щоб розрахунки встановлених індикаторів якості відповідали реальному стану речей. Однак якщо в інформаційній системі суб'єкта управління немає достовірних та придатних до подальшої обробки даних, немає й індикаторів. Проте якщо керівництво бачить потребу в таких індикаторах, розробляються заходи для отримання необхідної інформації в майбутньому. Загальний алгоритм формування такого індикатора подано в Додатку (табл.А.1) для оцінки роботи з проведення щорічних аналізів на глікозильований гемоглобін HbA1c у пацієнтів із цукровим діабетом. Однією із важливих позицій цього алгоритму є обґрунтування доцільності його застосування, а також порядок розрахунку, відповідальний за

збір статистики, можливі винятки у зборі даних та порядку їх використання і форма, в якій подається звітність. Такий підхід забезпечує розуміння потреби використання індикатора у медичній практиці, спрощує роботу збору і аналізу даних і вказує, хто може використовувати цю інформацію для внутрішнього (чи зовнішнього) аудиту.

Підходи до управління якістю медичних послуг з часом змінюються – по мірі того, як досягається прогрес в діагностичній та лікувальній практиці, з'являються нові технології лікування і відповідно змінюються матеріально-технічні умови надання медичних послуг. Тому нові знання обов'язково мають знаходити застосування в практиці діяльності лікарів, впливаючи на якість їх роботи.

Організаційно врахування цих аспектів відбувається через запровадження нових стандартів лікувального процесу, а можливість доступу до них пацієнтів оцінюється кваліфікацією медичного персоналу. Тому обов'язкове регулярне проходження ними процедур ліцензування і акредитації. Якість їх послуг може також оцінюватися і шляхом опитування пацієнтів щодо рівня їх задоволеності медичною допомогою.

Особлива увага має приділятися кваліфікаційним характеристикам сімейних лікарів, які мають значне коло обов'язків і мають бути належним чином підготовленими для їх виконання. До того ж, слід брати до уваги, що багато сімейних лікарів не мають базової профільної підготовки. Перепрофілювання діяльності лікарів сімейної медицини потребує додаткових витрат на усунення прогалин у системі професійних компетенцій [36, с.52], рівень володіння якими підлягає перевірці в процесі атестації.

Тим більше, що приєднання України до Всесвітньої організації сімейних лікарів передбачає підпорядкування роботи сімейного лікаря вимогам Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2). Це означає, що для прийняття рішення про лікування, сімейний лікар має дотримуватися певного алгоритму дій, який закладено в цій системі.

Ця система створена спеціально для первинної ланки медичної допомоги і Україна має укладену ліцензійну угоду з WONCA (Всесвітня організація сімейних лікарів) щодо її використання. ICD-2 дає змогу кодувати причину кожного звернення пацієнта до лікаря, причому кодуванню підлягають не лише хвороби, а й симптоми, що дає змогу формувати достатньо широку базу для фахового аналізу перебігу хвороб і можливого коригування процедур їх лікування.

За основу класифікації ICD-2 взято візит до лікаря пацієнта – як базової одиниці обліку (відповідно до принципів функціонування сімейної медицини). Класифікація складається з трьох частин [40]:

1. Причина звернення до лікаря (зазвичай це певні скарги на стан здоров'я, оцінка результатів аналізу чи консультації для підтримання здоров'я).
2. Діагноз (як бачить сімейний лікар проблему, з якою даний пацієнт звернувся по допомогу).
3. Дії (що треба зробити в конкретному випадку – направити на додаткові обстеження чи дати направлення до спеціалістів вторинної ланки).

Система класифікації ICD-2 розроблена спеціально для електронного ведення медичних записів і її використання для формування статистичних запитів та оцінки контролю якості надання послуг є набагато простішим та більш достовірним порівняно із ручним веденням медичних записів та їх наступним опрацюванням. Її аналіз може дати цінну інформацію про те, на якому етапі роботи сімейного лікаря відчуваються труднощі із вирішення проблеми – другому чи третьому. Це особливе значення має для сільських амбулаторій, розташованих у віддалених від спеціалізованих клінік населених пунктах. Одним із шляхів вирішення проблеми лікування хворих в таких умовах може бути створення мобільних мультипрофільних бригад.

### 3.2 Удосконалення якості процесу надання медичної допомоги населенню шляхом створення мультипрофільних бригад

Реалізація в Україні реформи охорони здоров'я передбачає і використання передового досвіду інших країн в організації роботи первинних ланок медико-санітарної допомоги. Зростання потреби в медичних послугах високої якості народжує нові форми і методи такої допомоги, які дають змогу досягати тих завдань, які стоять перед сферою охорони здоров'я. Одне із таких завдань пов'язане із необхідністю вирішення дилеми «ціна послуги – якість послуги», яка в первинній ланці медико-санітарної допомоги виникає доволі часто. Найчастіше це стосується рішень про направлення пацієнта на стаціонарне лікування, яке фінансово може бути доволі витратним. Виникає потреба вибору між високими витратами на лікування в стаціонарних закладах медичної допомоги та наданням допомоги на рівні первинної ланки (сімейної медицини). Останнє завжди поєднано із труднощами в отриманні спеціалізованої допомоги, в тому числі – консультативної, а також – у проведенні фрагментарних лікарських чи діагностичних процедур для уточнення діагнозу чи коригування лікувального процесу.

Головним завданням закладів первинної медико-санітарної допомоги є здатність керувати усім спектром проблем у сфері охорони здоров'я – починаючи з первинної профілактики і завершуючи ухваленням рішень про тактику лікування і наглядом за пацієнтами з хронічними захворюваннями. Останнє потребує тісного партнерства з іншими секторами охорони здоров'я. А, згідно теорії зацікавлених груп, будь-яке партнерство має бути взаємовигідним. І тим більше, якщо це стосується організаційних інновацій, пов'язаних із порушенням усталеної практики роботи [35, с.61].

Наявність у структурі територіальної громади значної кількості пацієнтів із хронічними захворюваннями, а також тих, що потребують реабілітації після хірургічних втручань, робить актуальною потребу розширення кола обов'язків сімейного лікаря. В нинішніх умовах це виходить за межі фізичних можливостей багатьох сімейних лікарів. Особливо зважаючи на те, що реабілітації потребують люди, що потрапили під вогневі ураження і мають значні проблеми із відновленням здоров'я, що потребує нагляду за процесом відновлення фахівців різного медичного профілю.

Реалізація подібних завдань організаційно вирішена в межах первинної медико-санітарної допомоги в, наприклад, країнах Західної Європи, Північної Америки, Австралії – шляхом створення мультипрофільних груп медичних працівників, до складу яких входять різні фахівці [41; 50].

Мультипрофільна група медичних працівників – це мобільна за складом і характером роботи організаційна ланка закладу первинної медико-санітарної допомоги, яка об'єднує фахівців різних профілів спеціалізації (зазвичай тих, що спеціалізуються на найбільш поширених хворобах населення, які мають емерджентний характер, наприклад, кардіо-, онко-, педіатрія, фізіатрія). Вони працюють на заздалегідь узгоджених принципах, які передбачають готовність кожного із фахівців включитися у роботу такої бригади за невідкладної потреби.

Такий підхід знайшов своє застосування у Великобританії, де за кожним пацієнтом закріплено конкретного фахівця з такої команди, який відповідає за формування і підтримання фізичної і соціальної активності пацієнта, здійснення комплексної оцінки його потреб, ранжування їх пріоритетності разом із пацієнтом, проведення лікування (в амбулаторних умовах) або реабілітації в межах своєї компетентності і направлення до інших членів мультипрофільної групи для різних видів лікування чи реабілітації [50].

В кожную команду входять – лікар загальної практики, лікар-експерт з відповідного профілю групи, медична сестра (є важливим членом команди,

забезпечуючи надання різного роду послуг, що потребують лікарських маніпуляцій – уколи, крапельниці, перев'язування та ін.). Приклад складу мультипрофільної команди показано на рис.3.2.



Рисунок 3.2 – Один із варіантів складу мультипрофільної групи

Така мулпрофільна група може і аналізувати випадки важкого перебігу хвороби, для зміни тактики лікування, направлення на медико-санітарну комісію, надання соціальної допомоги пацієнту та ін. І важливо, що всі лікарські процедури така команда має право здійснювати безкоштовно – як амбулаторно, так і на дому в пацієнта. Це відповідає постанові уряду № 325 від 20 березня 2022 р., якою визначено особливості забезпечення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у воєнний стан. Постановою спрощуються умови документального підтвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті на відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань (Постанова КМУ № 141 від 27.02.2019) для осіб, що розташовані на території, де введено воєнний стан.

Якість роботи такої групи має контролюватися як адміністрацією КП «Хмельницький міський центр ПМСД № 2» Хмельницької міської ради, так і через зворотний зв'язок з пацієнтом, якому така допомога надаватиметься. Крім того, участь медичних вузькопрофільних спеціалістів в таких консультативних заходах є одним із важливих елементів поліпшення якості процесів надання медичних послуг, які сприяють поліпшенню результатів лікування. Завдяки тому,

що в таку групу включаються молоді фахівці-інтерни, вони набувають практичного досвіду лікування таких хворих, а також взаємодії з пацієнтами і колегами. Це також поліпшує якість надання медичних послуг, оскільки велике значення має сам фактор особистого спілкування та уваги з боку лікарського персоналу, роз'яснення лікарем необхідності й доцільності призначених аналізів та лікувальних процедур, що вирішує питання інформованості пацієнта про перебіг його хвороби і солідарної відповідальності його за результати лікування.

Для того, щоб така група працювала якісно та ефективно, необхідно враховувати особливості командної роботи:

- 1) чітке визначення ролі кожного учасника у виїзді до кожного хворого і порядок їх дій в найбільш поширених ситуаціях;
- 2) можливість оперативного обміну інформацією для упередження негативних моментів у разі неузгодженості поведінки команди в присутності хворого;
- 3) підготовка до роботи в такій команді потенційних учасників з акцентуванням на функції кожного в командній роботі.

Стан пацієнта має оцінюватися на регулярних обговореннях в групі із залученням керівництва медичного закладу. Це сприяє актуалізації та накопиченню досвіду персоналу і забезпечує розвиток професійних компетенцій, які допомагатимуть у вирішенні тих завдань, які потребують нестандартних рішень лікарської практики і, зокрема, лікування конкретного пацієнта [39]:

- оцінка потреб і психологічної динаміки конкретних пацієнтів;
- пошук способів забезпечення ефективної практики лікування та реабілітації;
- конструктивний зворотний зв'язок стосовно вибору тактики лікування і соціальної реабілітації;
- забезпечення доступу до спеціалістів іншого медичного профілю та супутньої терапії;

- психологічна підтримка сімейного лікаря в умовах надмірного емоційного навантаження.

Запроваджуючи роботу мультипрофільних команд, керівництво закладу первинної медичної допомоги має враховувати такі чинники:

- 1) члени команди мають пройти якісне навчання сучасним методам надання психологічної допомоги;
- 2) у навчанні мають брати участь вся команда, а не лише окремі члени – це сприяє взаєморозумінню поведінки в ситуації, коли потрібна командна робота;
- 3) навантаження на членів команди має бути прийнятним з урахуванням інтенсивності методик, які застосовуються;
- 4) з боку старших колег має бути регулярна і цілковита підтримка.

Зарубіжна практика роботи мультипрофільних команд показує, що вони стають все більш популярними формами роботи з пацієнтами, які потребують тривалого лікування або психологічної підтримки. Командний підхід, орієнтований на первинну медико-санітарну допомогу показав, наскільки важливо, щоб команда ідентифікувала себе як цілісність – адже успіх залежить від того, наскільки кожен член команди – медичний працівник, соціальний психолог, медсестра і пацієнт можуть перетнути соціально-психологічний бар'єр у взаємодії між собою, ділитися досвідом, відчуттями, завданнями і розуміти кінцеву мету такої співпраці.

### 3.3 Цифровізація зворотного зв'язку з населенням для оцінювання якості результатів надання послуг первинної медико-санітарної допомоги

Згідно системного підходу, удосконалення управління якістю надання медичних послуг має стосуватися не тільки якості, а й якості структури, яка

формує основу управління цими процесами і дає змогу адекватно оцінювати якість результатів надання послуг. Тому важливо забезпечити постійно діючу інформаційну підтримку прийняття рішень з усіх питань управління якістю. Це відповідає як моделі А.Донабедяна, так і концепції TQM та здійснюється в межах циклу У. Шухарта. Цикл У. Шухарта стосується загальних функцій менеджменту – планування процесу (Plan), виконання запланованого (Do), всебічна оцінка результатів (Check), а також дії з удосконалення процесу (Action) (рис. 3.3).

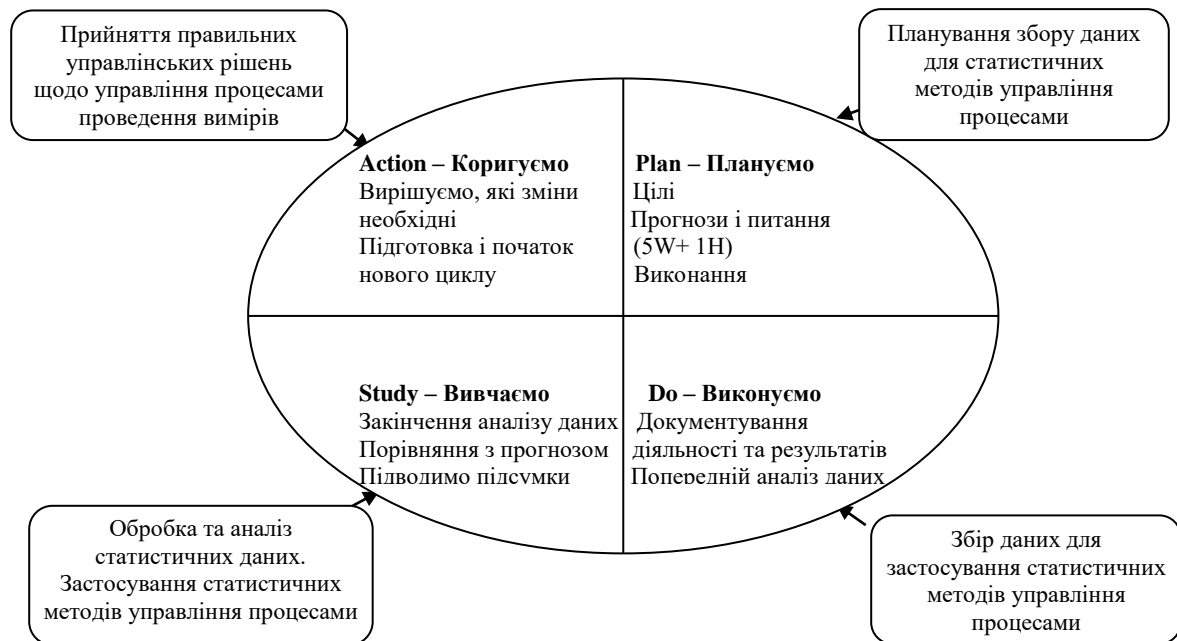


Рисунок 3.3 – Інформаційне забезпечення управління якістю згідно циклу Демінга-Шухарта (PDCA) [14]

Він є інформаційною основою прийняття рішень про здійснення удосконалень. Повторення циклу PDCA наближає до встановлених цілей. Результати контролю використовуються на кожній наступній ітерації циклу для коригування якості процесів. Цей підхід відповідає одному з принципів сучасного менеджменту якості – «Прийняття рішень на основі фактів», який лежить в основі стандартів ISO серії 9000 (версії 2000 р.) [25].

Стосовно якості медичних послуг, то в інформаційне супроводження циклу мають входити і думки споживачів. Адже для забезпечення якості надання медичних послуг закладів первинної ланки охорони здоров'я, серед основних складових якої – технічна якість (тобто, якість дотримання протоколу здійснення медичних процедур), контролювання ризиків для пацієнта, а також – ефективність використання наявних ресурсів, ВООЗ рекомендує обов'язково враховувати рівень задоволеності населення (пацієнта) отриманою медичною допомогою.

Це забезпечується за допомогою проведення медико-соціологічного дослідження. Воно може здійснюватися через анкетування пацієнтів, що виступатимуть респондентами. Думка отримувачів медичних послуг щодо їх якості не вільна від суб'єктивізму, проте може слугувати постійною базою для покращення управління діяльністю не тільки окремого медичного закладу, а й на рівні державних інституцій у сфері охорони здоров'я. Зокрема, при розробленні стратегії розвитку галузі в цілому або ж окремих її вузькопрофільних відгалужень.

Необхідно зважати на те, що відсутність зворотної інформації щодо результатів професійної діяльності є серйозною перешкодою для широкого залучення медичних працівників до вдосконалення якості послуг, що ними надаються. Але при цьому вони мають бути впевненими, що уся інформація, яка збирається і аналізується, буде використана керівництвом для вивчення і наступного вдосконалення, а не суто для порівняльної оцінки всередині медичного закладу для потреб управлінського впливу.

Важливо також ширше поглянути на можливості використання зворотного зв'язку з пацієнтами для поліпшення взаємодії із територіальною громадою. Адже оцінка пацієнтів може слугувати інформацією для рішень територіальних громад, до яких належить конкретна медична установа (заклад, амбулаторія), щодо її матеріально-технічного забезпечення, залучення кадрів певної кваліфікації тощо. Тим більше, що це належить до сфери прямої відповідальності територіальних громад відповідно до адміністративної реформи, яка відбулася в Україні.

Необхідна інформація для активної участі громади у прийнятті рішень стосовно медико-санітарної допомоги жителів громади має бути доступною для вивчення. До цього процесу можуть долучитися і громадські організації, а також групи самопомоги пацієнтів, як це практикується у багатьох зарубіжних країнах.

Про значущість таких досліджень говорить і те, що починаючи з 2003 року Всесвітня організація сімейних лікарів проводить щорічні конференції на тему «Глобальне поліпшення здоров'я: необхідність досліджень у сімейній медицині». Такі дослідження нині проводяться в різних країнах і здійснюються на місцевому, регіональному національному та міжнародному рівнях. Наприклад, в Австралії розроблена і реалізується ціла стратегія для розширення знань і заснування доказової бази в загальній практиці та первинній допомозі. Для цього створено Фонд фінансування досліджень для кафедри загальної практики і університетів, виділяються гранти і стипендії для проведення НДР у сфері первинної допомоги. Лише впродовж 5 років (2001-2005) було профінансовано відповідні дослідження на суму \$50 млн. дол. [3].

У розвинених країнах до фінансування досліджень у сфері сімейної медицини долучаються не тільки державні органи управління, а й громадські організації та освітні заклади. Так, у Нідерландах в 2002 р. коледж лікарів загальної практики організував фонд для дослідження проблем сімейної медицини, який пізніше перетворився в дослідницьку програму організації національних медичних і оздоровчих досліджень. Тільки за 2 роки в межах цієї програми було здійснено 16 досліджень різних проблем сімейної медичної практики.

Накопичений багатий досвід з вирішення завдань удосконалення медичної допомоги населенню показав, що дані медико-соціологічних досліджень населення слугують гарною інформативною базою для оцінки якості медичних послуг, обґрунтування додаткових критеріїв якості та розроблення і реалізації заходів щодо поліпшення діяльності медичних закладів на території громад і в країні загалом [14; 41].

Фахівці з управління якістю в сфері охорони здоров'я підкреслюють, що критерій задоволення пацієнтів отриманою медичною допомогою відбиває незалежну думку щодо важливих з погляду пацієнтів аспектів організації лікувально-діагностичного процесу. І це дає змогу керівництву ухвалювати відповідні управлінські рішення, що важливо і з позиції управління охороною здоров'я на рівні держави [13].

Відмітною особливістю медичних послуг є високий рівень їх індивідуалізації – як щодо діагностування хвороби у пацієнта за їх класичними ознаками, (що можуть проявлятися не так чітко залежно від загального стану здоров'я пацієнта чи його анамнезу у минулому), так і щодо емоційного сприйняття пацієнтами роботи сімейного лікаря в момент відвідування амбулаторії (що може бути викривлено певним станом здоров'я). Усе це суб'єктивні чинники, які тим не менш, впливають на загальний відгук пацієнта щодо оцінки якості наданих послуг. Разом з тим, при оцінюванні якості послуг, наданих сімейним лікарем важливо отримати об'єктивну інформацію про його роботу – за тими параметрами, які свідчать про його професіоналізм як медика-діagnostика, а також – про наявність емоційного інтелекту, який проявляється у емпатії до людини, яка очікує на увагу до себе і співпереживання.

Упровадження сучасного сервісу «QR-анкетування» дає змогу пацієнтам після відвідин амбулаторій сімейної медицини оперативно оцінити якість надання медичних послуг і надати свої пропозиції з їх удосконалення, користуючись смартфоном. За допомогою спеціального додатку на смартфоні можна буде зчитати QR-код, який розміщений біля кожного кабінету лікаря. Пристрій отримає посилання на анкету, в якій можна оцінити послуги за такими критеріями: доступність інформації, комфортність умов, час очікування в черзі, час надання послуги, ввічливість і компетентність співробітників.

Якщо у пацієнта немає відповідного гаджета, йому можна анонімно заповнити паперову анкету, які знаходитимуться у вільному доступі на

реєстратурі та біля скриньок. Залишені оцінки та відгуки опрацьовуватимуться в режимі реального часу, що забезпечуватиме оперативність зворотного зв'язку з пацієнтами і швидке реагування на недоліки у роботі лікарів та середнього медперсоналу для їх усунення. Тим самим поліпшуватиметься якість обслуговування пацієнтів, вестиметься пошук кращих способів їх лікування, вирішуватимуться краще завдання охорони здоров'я.

У таблиці 3.1 наведено перелік запропонованих заходів, зазначено методи їх реалізації і вказано на можливі результати з погляду впливу заходів на якість послуг організації.

Таблиця 3.1 – Рекомендації щодо удосконалення управління якістю надання медичних послуг КП «Хмельницький центр ПМСД № 2» Хмельницької міської ради та очікувані результати їх упровадження

Запропоновані заходи	Методи здійснення заходів	Цілі, що досягаються
1. Адаптація моделі Донабедяна для управління якістю надання послуг первинної медико-санітарної допомоги	Визначення ключових індикаторів для оцінки якості структури, процесів і результатів роботи організації	Формування структурованої доказової бази для розроблення заходів з поліпшення якості надання послуг первинної медико-санітарної допомоги
2. Удосконалення якості процесу надання медичної допомоги населенню шляхом створення мультипрофільних бригад	Розробка вимог до складу і умов роботи мультипрофільних бригад	Поліпшення якості надання послуг ПМСД хронічним хворим та пацієнтам, що потребують паліативного догляду
3. Цифровізація зворотного зв'язку з населенням для оцінювання якості результатів надання послуг первинної медико-санітарної допомоги	Розробка анкети для опитування пацієнтів, яка може бути заповнена у цифровому форматі через QR-код	Отримання швидкого зворотного зв'язку з пацієнтами щодо якості роботи сімейного лікаря для аналізу і виправлення допущених помилок

## Висновки до розділу

Ефективне управління якістю медичних послуг передбачає комплексний, системний і динамічний підхід до поліпшення якості, який має на меті приведення самого процесу до вимог сучасності. Тобто, забезпечення такого функціонування системи управління якістю, яка б опиралась на високу мотивацію усіх медичних працівників до якісного, професійного виконання своїх обов'язків, а не на страх покарання їх за допущені помилки, за відхилення від встановлених протоколів надання медичних послуг. З метою визначення шляхів вирішення цього завдання у третьому розділі роботи розроблено рекомендації для удосконалення управління якістю надання послуг первинної медико-санітарної допомоги, які можуть бути застосовані в практиці роботи КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради. Упровадження запропонованих заходів сприятиме реалізації системного підходу до управління якістю надання медичних послуг КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради і поліпшуватиме стан охорони здоров'я жителів територіальної громади.

## ВИСНОВКИ

Головною метою функціонування медичних закладів будь-якої країни є надання населенню якісних медичної допомоги і медичних послуг. Первинною ланкою у наданні медичної допомоги і медичних послуг є сімейна медицина, працівники якої першими відгукуються на потреби пацієнтів у отриманні медичної допомоги і очікують її кваліфікованого надання. Розвиток сімейної медицини є важливою складовою медичної реформи, яка здійснюється в Україні, наближаючи стандарти охорони здоров'я до світових і роблячи вагомий внесок у реалізацію цілей сталого й інклюзивного розвитку. Розбудова галузі дає змогу поліпшувати якість надання медичних послуг і в умовах війни, а в майбутньому – збільшувати тривалість здорового життя населення у повоєнній Україні.

Ефективне управління якістю медичних послуг передбачає комплексний, системний і динамічний підхід до поліпшення якості, який має на меті приведення самого процесу до вимог сучасності. Дослідивши діяльність КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради, зробили висновок, що її результати відповідають умовам реформування сфери охорони здоров'я в Україні, яка почалась у 2017 році. Сформовано колектив медичних працівників, кожен з яких пройшов атестацію, підтвердивши тим самим свої професійні компетенції для роботи в ланці первинної медичної допомоги. З населенням територіальної громади укладено декларації, ведеться облік відвідувань захворювань, здійснюються заходи профілактичного характеру.

Матеріально-технічне забезпечення сімейних амбулаторій дає змогу виконувати діагностичні та інші медичні процедури, що відносяться до ланки первинної медичної допомоги. Доступ до Міжнародної інформаційної системи охорони здоров'я МЕДІКС дає змогу ефективно використовувати інформаційні ресурси цієї системи і підвищувати якість надання медичних послуг працівниками КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради. Вмотивованість сімейних лікарів до зростання своєї професійної

компетентності підкріплюється зростанням числа пацієнтів, з якими укладаються декларації на надання медичних послуг – і це відображається у рівні заробітної плати. Керівництво закладу професійно керує процесами організації медичного обслуговування закріпленої територіальної громади, аналізуючи роботу медичних працівників, в тому числі – і у сфері якості надання медичних послуг. Разом з тим, КП «ХМЦПМСД №2» Хмельницької міської ради не має чітко розробленої системи управління якістю надання послуг сімейними лікарями, яка б ґрунтувалася на оперативному зворотному зв'язку з пацієнтами.

З метою усунення цього недоліку в третьому розділі роботи розроблено рекомендації для удосконалення управління якістю надання послуг первинної медико-санітарної допомоги, які можуть бути застосовані в практиці роботи КП «Хмельницький центр ПМСД № 2» Хмельницької міської ради. Вони охоплюють:

1. Адаптацію моделі Донабедяна для управління структурними складовими якості медичних послуг закладу первинної медико-санітарної допомоги.

2. Удосконалення якості процесу надання медичної допомоги населенню шляхом створення мультипрофільних бригад. Це забезпечуватиме поліпшення якості надання послуг ПМСД хронічним хворим та пацієнтам, що потребують паліативного догляду

3. Цифровізацію зворотного зв'язку з населенням для оцінювання якості результатів надання послуг первинної медико-санітарної допомоги Для цього сформовано умови для заповнення у цифровому форматі через QR-код анкети про рівень задоволеності пацієнтів послугами організації. Це забезпечує швидкий зворотний зв'язок з пацієнтами щодо якості роботи сімейного лікаря для аналізу і виправлення допущених помилок.

Упровадження запропонованих заходів сприятиме реалізації системного підходу до управління якістю надання медичних послуг КП «Хмельницький міський центр ПМСД № 2» Хмельницької міської ради і поліпшуватиме стан охорони здоров'я жителів територіальної громади.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азарянський А.В., Яцюк Н.В., Стадник В.В. Фінансові проблеми менеджменту сімейної медицини як складової інклюзивного розвитку економіки України. /Фінансові аспекти розвитку економіки України: теорія, методологія, практика. Зб. праць III Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. 18 листопада 2022. Хмельницький: ХНУ. 132 с. С.75-77
2. Берназ-Лукавецька О. М., Подсядло Р. П. Медичні послуги та медична допомога: порівняльно-правовий аналіз. *Часопис цивілістики*. 2017. Вип. 24. С. 57–61. URL : <http://dspace.onua.edu.ua/handle/11300/9144>
3. Богомаз В.М., Горох Є.Л., Ліщишина О.М., Новічкова О.М. , Росс Г., Степаненко А.В. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я. *Український медичний часопис*. №1 (75). 2010. с. 7–15. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2010\\_indyak.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2010_indyak.pdf)
4. Бурило Ю. П. Особливості розмежування інформаційних та інформаційно-інфраструктурних робіт і послуг. *Наук. вісн. Ужгород. нац. ун-ту. Серія : Право* Вип. 22. Ч. І.Т. 2. 2013. С. 11–14.
5. Вороненко Ю.В., Сердюк А.М., Мінцер О.П. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів. *Україна. Здоров'я нації*. 2007. №1. С. 37- 41.;
6. Гойда Н.Г., Горачук В.В. Медико-соціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги / Тези доповідей конференції з міжнародною участю «Медична та біологічна інформатика та кібернетика :віхи розвитку». Київ. 2011. С. 27.;
7. Голіна О. В. Договори про надання послуг у сфері господарювання: правова природа та особливості. *Право і суспільство*. 2014. № 2. С. 80–87.
8. Горачук В.В.Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. Вінниця: ПП Балюк І.Б. 2012. С. 18–23.

9. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования ведущих стран мира. Москва, 2005. 62 с.
10. Данилюк Т.І. Сутність поняття «послуга»: теоретичні аспекти. *Ефективна економіка*. 2014. № 8. URL: [economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3247](http://economy.nauka.com.ua/?op=1&z=3247)
11. Джордж С., Ваймерских А. Всеобщее управление качеством. TQM. Москва : Виктория плюс, 2002. 256 с.
12. Джуран Д. Всеобщее управление качеством. Санкт Петербург: Victory, 2002. 256 с.
13. Дослідження задоволеності пацієнтів сімейною медициною (міська клінічна лікарня № 1 м. Львова). Львів, 2018. 36 с.
14. Какар Р. Философия качества по Тагути: анализ и комментарии. *Методы менеджмента качества*. 2012. № 8. С. 23–31.
15. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. С. 141.
16. Котлер Ф. Маркетинг менеджмент: анализ, планирование, внедрение, контроль. Санкт Петербург: Питер, 1998. 541 с.
17. КП «Хмельницький міський центр первинної медико-санітарної допомоги №2» Хмельницької міської ради. [Електронний ресурс]. Режим доступу: [https://youcontrol.com.ua/ru/catalog/company\\_details/40887956/](https://youcontrol.com.ua/ru/catalog/company_details/40887956/)
18. Лавлок К. Маркетинг услуг: персонал, технологии, стратегии. Москва: Изд. Дом «Вильямс», 2005.
19. Лехан В. М. Вплив запровадження системи менеджменту якості згідно зі стандартами серії ISO на якість медичних втручань у стаціонарі. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 4. С. 78–83.
20. Лехан В.М., Слабкий. Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. URL : <http://www.mif-ua.com/archive/article/11795>
21. Лозовский Л.Ш., Райзберг Б.А., Ратковский А.А. Универсальный бизнес-словарь. Москва: ИНФРА-М, 1997. 72 с.

22. Марова С. Ф., Вовк С. М. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. № 4. 2017. URL : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1056>
23. Матеріали Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». NHSQIS, 2005.
24. Медична реформа. Урядовий портал. URL : <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
25. Менеджмент качества и обеспечение качества. ISO 8402: TQM (всеобщее руководство качеством). URL: [http://ohranatruda.ru/ot\\_biblio](http://ohranatruda.ru/ot_biblio) (дата обращения: 20.12.2016)
26. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.
27. Михайлов С. В. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичних послуг : автореф. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.03 – цивільне право та процес; сімейне право; міжнародне приватне право. Харків. нац. ун-т внутр.справ. Харків, 2010. 18 с.
28. Наказ МОЗ України від 20.07.2011 № 427 «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги»
29. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України зі змінами від 30.03.2020. № 540-IX. URL: [rada.gov.ua/laws/show/2801-12](http://rada.gov.ua/laws/show/2801-12)
30. Оцінювання відповідності : Вимоги до органів, що сертифікують продукцію, процеси та послуги (згідно з ISO/IEC 17065:2012) : норм. док. Міжнародної організації зі стандартизації. URL : [http://www.ecolabel.org.ua/images/page/iso\\_17065\\_2012.pdf](http://www.ecolabel.org.ua/images/page/iso_17065_2012.pdf)
31. Пичурин О. Сущность понятия «качество». *Стандарты и качество*. 2002. №8. С.11-13.

32. Решетникова Г.Е. Сфера услуг: планирование, проблемы, перспективы. Саратов, 2008. 258 с.
33. Розвиток медицини має бути пріоритетом для територій. URL : <https://www.zoda.gov.ua/news/55589/rozvitok-meditsini-maje-buti-prioritetom-dlya-teritoriy.html>
34. Ромашкіна О. Хто вирішить питання оснащення сільських ФАПів та амбулаторій. URL : <http://www.golos.com.ua/article/257958>
35. Стадник В.В., Головчук Ю.В. Управління інноваціями на основі розвитку партнерських відносин підприємства: монографія. Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друкарня Рута», 2020. – 232 с.
36. Стадник В.В., Григорук П.М., Хрущ Н.А. Управління підприємницькою діяльністю: тлумачний словник. Хмельницький: ХНУ, 2021. 131 с.
37. Стадник В.В., Гризовська Л.О. Менеджмент і маркетинг туризму: навч. посібн. Хмельницький: ХНУ, 2020. 355 с.
38. Тищенко Ю. Поняття «послуга» в міжнародному та вітчизняному праві. *Зовнішня торгівля: економіка, фінанси, право*. 2018. № 4. С. 89–98.
39. Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Кузиева Г.Д. Зарубежный опыт работы мультидисциплинарных команд специалистов в первичном звене. *Вестник КазНМУ*.2016. № 4. С.379-383.
40. Україна підписала угоду з Всесвітньою організацією сімейних лікарів (WONCA). URL: [auc.org.ua](http://auc.org.ua) (дата звернення 12.11.2022).
41. Утеулиев Е.С., Хабыева Р.У., Токмолдаева Р.У. Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи на уровне ПМСП, оказываемой мультидисциплинарной командой. *Вестник КазНМУ*.2017. № 4. С.352-354.
42. Федорченко Н. В. До питання про предмет договору про надання послуг. *Держава і право*. 2014. Вип. 66. С. 165–173.
43. Шаркова Г. Ю. Науково-теоретичні підходи до встановлення ознак послуги як об'єкта цивільних прав. *Держава та регіони. Серія : Право*.2013. № 1. С. 123–128.

44. Basic Set of Hospital Performance Indicators (2005) Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, The Hague: [http://www.igz.nl/997786/presind/Basic\\_set\\_of\\_Hospital\\_Perfo1.pdf](http://www.igz.nl/997786/presind/Basic_set_of_Hospital_Perfo1.pdf).
45. David William Pearce, Edward Barbier, Anil Markandya Sustainable Development: Economics and Environment in the Third World. Earthscan, 1990.
46. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care . Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966. 44 p.
47. Donabedian A. Criteria, Norms and Standards of Quality: what do they mean? *Amer. J. Publ. Health.* 1981. Vol. 200. P. 409-412.
48. Laker L.F., Torabi E., France D.J., Froehle C.M., Goldlust E.J., Hoot N.R., Kasaie P., Lyons M.S., Barg-Walkow L.H., Ward M.J. & Wears R.L. () Understanding emergency care delivery through computer simulation modeling. *Academic Emergency Medicine.* 2018. No. 25. P. 116-127.
49. Nuckols T.K, Escarce J.J, Asch S.M. The effects of quality of care on costs: a conceptual framework. *Milbank Quart.* 2013. 91(2) P.316-353.
50. Saba GW, Villela TJ, Chen E, Hammer H, Bodenheimer T: The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative. *Ann Fam Med.* 2012. №10(2). P.169–173.
51. [Uk.wikipedia.org/wiki/Послуга](http://uk.wikipedia.org/wiki/Послуга)

## ДОДАТКИ

Таблиця А.1 – Приклад формування індикатора для оцінки якості результатів медико-санітарної допомоги

*Індикатор.* Щорічні аналізи на глікозильований гемоглобін HbA1c у пацієнтів із цукровим діабетом

Чому використовується індикатор?	У 2000 р. у країнах Євросоюзу на кожні 100 000 населення приблизно 21 людина померла від цукрового діабету. Це становить 2,1% загальної смертності. На сьогодні доведено, що зниження рівня глюкози крові до нормальних показників знижує ризик ускладнень при діабеті 1-го або 2-го типу. Якщо лікування пацієнтів із цукровим діабетом організовано належним чином, то інформація про середньорічні значення HbA1c є доступною
Запитання	Який процент госпіталізованих пацієнтів з діабетом 1-го або 2-го типу хоча б один раз за минулий рік здали аналіз на глікозильований гемоглобін?
Чисельник	Загальна кількість пацієнтів із цукровим діабетом 1-го або 2-го типу, які хоча б один раз здали аналіз на глікозильований гемоглобін та були госпіталізовані в період з 1 січня по 31 грудня
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів із цукровим діабетом 1-го або 2-го типу, госпіталізованих у період з 1 січня по 31 грудня
Тип індикатора	Динамічний індикатор, специфічний для цього захворювання
Збирання фактичних даних	Медичні карти (на підставі інформаційної системи лікарні) Лікарняна статистика епізодів за звітний період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Винятки	Пацієнти з гестаційним діабетом, пацієнти віком молодші за 18 років
Складання звітів	В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів)
Чисельник,	кількість госпіталізованих пацієнтів із діабетом 1-го або 2-го типу, які хоча б один раз здали аналіз на глікозильований гемоглобін
Знаменник	загальна кількість госпіталізованих пацієнтів з діабетом 1-го або 2-го типу
Відсоткове відношення:..	%
Звітний період	Щоквартально
Джерело (первинний документ)	Basic Set of Hospital Performance Indicators, 2005
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	

Джерело: [3; 42]

## ДОДАТОК Б

## АНКЕТА

## для оцінювання рівня задоволення послугами медико-санітарної допомоги амбулаторії сімейної медицини

1. ЧИ ЗВЕРТАЛИСЯ ВИ ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 3-Х РОКІВ ДО СІМЕЙНОЇ АМБУЛАТОРІЇ? (не плутати з поліклінікою і будь-якими приватними клініками!)

Так ..... 1  
Ні ..... 2

2. СКІЛЬКИ ЧАСУ ВАМ ПОТРІБНО ДЛЯ ТОГО, ЩОБ ДІСТАТИСЯ ВІД ДОМУ ДО ВАШОЇ СІМЕЙНОЇ АМБУЛАТОРІЇ?

Менше півгодини..... 1  
Півгодини – година ..... 2  
Більше 1 години ..... 3

3. ЧИ ЗРУЧНО ВАМ ДОБИРАТИСЯ ДО ВАШОЇ СІМЕЙНОЇ АМБУЛАТОРІЇ?

Зручно ..... 1  
Незручно, чому саме?..... 2  
Інше, що саме? ..... 3

4. ЯК ЧАСТО ВИ ЗВЕРТАЛИСЯ ПО МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В СІМЕЙНУ АМБУЛАТОРІЮ ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 3-Х РОКІВ?

Зверталися менше 1 разу на рік..... 1  
Зверталися по 1-2 рази на рік ..... 2 Якщо респондент звертався більше 1 разу,  
Зверталися по кілька разів на рік ..... 3 запитання 5-12 стосуються останнього  
Зверталися регулярно (не рідше 1 разу звернення  
на місяць) ..... 4

5. ПО ЯКУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ВИ ЗВЕРТАЛИСЯ ОСТАННЬОГО РАЗУ?

*Всі слушні відповіді*

Консультація сімейного лікаря ..... 1  
Лікування ..... 2  
Оформлення довідки, лікарняного тощо..... 3  
Інше, що саме? ..... 4

6. З ЯКИМИ ТРУДНОЩАМИ ВИ СТИКАЛИСЯ ПІД ЧАС ОСТАННЬОГО ЗВЕРНЕННЯ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ У ВАШУ СІМЕЙНУ АМБУЛАТОРІЮ?

*Всі слушні відповіді*

Довгі черги на прийом до лікаря..... 1  
Лікаря не було на місці в години прийому ..... 2  
Незручний графік прийому лікаря..... 3  
В амбулаторії не надаються потрібні мені послуги ..... 4  
Незручне місце для очікування лікаря, тісно, немає стільців, тощо .... 5  
Некомфортні умови в кабінеті лікаря (холодно, темно, сирі тощо)..... 6  
Лікарі призначають дорогі препарати ..... 7  
Інше, що саме?..... 8  
Не стикалися ні з якими труднощами..... 9

## 7. ЧИ ДОВОДИЛОСЯ ВАМ У СІМЕЙНІЙ АМБУЛАТОРІЇ ПЛАТИТИ ЗА:

Дайте відповідь за кожним рядком	Платили в касу офіційно	Платили не офіційно ізрук в руки	Не платили	Не потребували цієї послуги
Консультацію, огляд сімейного лікаря	1	2	3	4
Медичні маніпуляції (наприклад, уколи)	1	2	3	4
Оформлення медичних довідок, лікарняних тощо	1	2	3	4
Перенаправлення до іншого медзакладу	1	2	3	4

## 8. ЗВІДКИ ВИ ДІЗНАЛИСЯ ПРО ВАРТІСТЬ ПЛАТНИХ ПОСЛУГ?

*Всі слушні відповіді*

- Вам сказав лікар або інший співробітник амбулаторії ..... 1  
 Вам виписали квитанцію для оплати послуг ..... 2  
 Інформація про вартість послуг висить на видному місці ..... 3  
 Самі визначили суму «подяки»..... 4  
 За прийом лікаря та послуги не платили ..... 5

## 9. ЧИ ЗАДОВОЛЕНІ ВИ СПІЛКУВАННЯМ З ЛІКАРЕМ?

- В цілому задоволені ..... 1  Перейдіть до запитання 11  
 Важко сказати задоволені, чи ні..... 2  
 В цілому не задоволені ..... 3

## 10. ЧОМУ НЕ ЗАДОВОЛЕНІ?

*Всі слушні відповіді*

- Не отримав відповіді на всі запитання, які мене цікавили..... 1  
 Пояснення лікаря були незрозумілими ..... 2  
 Недоброзичливе/байдуже ставлення лікаря..... 3  
 Недоброзичливе ставлення іншого медперсоналу..... 4  
 Інше, що саме? \_\_\_\_\_ ..... 5

## 11. ЧИ ЗАДОВОЛЕНІ ВИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛІКУВАННЯ, ЯКЕ ВАМ ПРИЗНАЧИВ ЛІКАР?

- Повністю задоволені .....1  
 В основному задоволені.....2  
 Важко сказати, задоволені чи ні...3  
 В основному незадоволені.....4  
 Зовсім незадоволені.....5  
 Лікар не призначав лікування.....6

## 12. ЧОМУ ВИ НЕ ЗАДОВОЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛІКУВАННЯ, ЯКЕ ВАМ ПРИЗНАЧИВ ЛІКАР?

- Після лікування ваше самопочуття не покращилося ..... 1  
 Після лікування ваше самопочуття погіршилося..... 2  
 Після лікування виникли серйозні побічні ефекти ..... 3  
 Інше, що саме? \_\_\_\_\_ ..... 4