

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

ДИПЛОМНА РОБОТА

Магістр

Освітній рівень

на тему: «Удосконалення системи управління якістю надання
 медичних послуг (на прикладі КНП «Шаргородська ЦРЛ»,
 м. Шаргород)»

Галузь знань 07 Управління та адміністрування

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 073 Менеджмент

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма Бізнес-адміністрування

Шифр і назва спеціальності

Шифр ДРБА.013478.00.00.ПЗ

Виконав: студент 2 курсу група МО(в,мб)з-2	_____	<u>В.В. Чорний</u>
	Підпис	Ініціали, прізвище
Керівник канд.економ.наук, доц.	_____	<u>Н. С. Карвацка</u>
	Підпис, дата	Ініціали, прізвище
Нормоконтролер	_____	<u>О.М. Косіюк</u>
	Підпис, дата	Ініціали, прізвище
До захисту допускаю: Завідувач кафедри канд.економ.наук, проф.	_____	<u>Н. М. Тюріна</u>
	Підпис, дата	Ініціали, прізвище
_____ 202__ р.		

Хмельницький, 2020

Хмельницький національний університетФакультет НЦЗДОКафедра Економіки, менеджменту та адмініструванняОсвітній рівень магістрГалузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Шифр, назва

Спеціальність 073 «Менеджмент» ОП «Бізнес-адміністрування»

Шифр, назва спеціальності та освітньої програми

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри _____

« _____ » _____ 202__ р.

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНУ РОБОТУЧорний Віталій Васильович

Прізвище, ім'я, по батькові студента

1. Тема роботи Удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг (на прикладі КНП «Шаргородська ЦРЛ», м. Шаргород)керівник роботи Карвацка Н.С, к.е.н., доц.

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

Затверджено наказом ректора університету від _____ 202__ р. № _____

2. Строк подання студентом роботи на кафедру грудень 2020 року3. Вихідні дані до роботи Закони України, нормативні акти щодо регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, наукові статті, монографії, підручники, навчальні посібники, ресурси мережі Інтернет з питань управління якістю медичних закладів

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

1. Теоретичні основи управління якістю надання медичних послуг2. Аналіз ефективності діяльності Шаргородської центральної районної лікарні Вінницької області 3. Система заходів удосконалення управління якістю надання медичних послуг КНП «Шаргородська ЦРЛ»

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

Рисунок – Якість структури медичного закладу; Рисунок – Якість результату надання медичної допомоги; Рисунок – Рівні забезпечення якості медичного обслуговування; Рисунок - Якість медичної допомоги; Таблиця - Міжнародні вимоги щодо забезпечення якості медичної допомоги; Рисунок - Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні; Таблиця

– Основні показники діяльності Шаргородської РЦЛ; Рисунок – Загальна система основних факторів забезпечення якості медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ; Рисунок – Загальна модель управління якістю медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ на основі внутрішнього аудиту; Таблиця – Рекомендовані компоненти внутрішнього аудиту Шаргородської РЦЛ; Таблиця - Додаткові клінічні індикатори оцінки якості результатів діяльності Шаргородської РЦЛ; Таблиця - Рекомендації щодо змін в системі управління Шаргородської ЦРЛ

6. Консультанти розділів дипломної роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Теоретичний	Карвацка Н.С.		
Аналітичний	Карвацка Н.С.		
Проектний	Карвацка Н.С.		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

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

Студент

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник роботи

Підпис

Ініціали, прізвище

АНОТАЦІЯ

Чорний В.В. Удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг (на прикладі КНП «Шаргородська ЦРЛ», м. Шаргород). Керівник роботи - канд.екон.наук, доцент кафедри ЕМА Карвацка Н. С. Дипломна робота магістра: 119 с., 14 рис., 26 табл., 52 джерел.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ЯКІСТЬ, УПРАВЛІННЯ, ВНУТРІШНІЙ АУДИТ, КЛІНІЧНІ ІНДИКАТОРИ.

У першому розділі розкрито економічну сутність та особливості якості медичного обслуговування. Досліджено міжнародні та національні вимоги щодо забезпечення якості медичної допомоги. Визначено проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України

У другому розділі надано загальну характеристику діяльності КНП «Шаргородська ЦРЛ», виконано аналіз якості роботи амбулаторно-поліклінічного відділення, аналіз якості діяльності стаціонару ЦРЛ.

Третій розділ присвячено удосконаленню системи управління якістю надання медичних послуг КНП «Шаргородська ЦРЛ». Наведено рекомендації щодо організації внутрішнього аудиту як форми контролю якості медичної допомоги, удосконалення клінічних індикаторів якості медичної допомоги. Обґрунтовано доцільність впровадження системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	9
1.1 Сутність та особливості якості медичного обслуговування	9
1.2 Міжнародні та національні вимоги щодо забезпечення якості медичної допомоги	18
1.3 Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України	33
Висновки до першого розділу	40
2 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ШАРГОРОДСЬКОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	42
2.1 Загальна характеристика КНП «Шаргородська ЦРЛ»	42
2.2 Аналіз якості роботи амбулаторно-поліклінічного відділення	48
2.3 Аналіз якості діяльності стаціонару ЦРЛ	60
2.4 Аналіз фінансового менеджменту	64
2.5 Стратегічний аналіз	70
Висновки до другого розділу	74
3 СИСТЕМА ЗАХОДІВ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «ШАРГОРОДСЬКА ЦРЛ»	77
3.1 Організація внутрішнього аудиту як форми контролю якості медичної допомоги	77
3.2 Рекомендації щодо удосконалення клінічних індикаторів якості медичної допомоги	88
3.3 Обґрунтування доцільності впровадження системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000	101
Висновки до третього розділу	111
ВИСНОВКИ	113
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	120
ДОДАТКИ	127

ВСТУП

Якість в охороні здоров'я – це складна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доцільність, достатність процесів щодо охорони здоров'я населення (пацієнтів) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період.

Покращення якості медичної допомоги в Україні є однією з найактуальніших проблем, про що зазначено в Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я в Україні. За рекомендаціями ВООЗ, при взаємодії лікаря й пацієнта потрібно враховувати 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта отриманою допомогою.

Підвищення результативності управління закладами сфери охорони здоров'я є одним із найважливіших факторів покращення якості, культури та доступності медичної допомоги. Конкурентна боротьба за потенційних споживачів медичних послуг визначає необхідність надання особливих гарантій щодо їхньої якості. В умовах формування ринку надання медичних послуг більшого значення набувають процеси впровадження СУЯ закладів сфери охорони здоров'я, які є поширеними у світовій практиці. У багатьох високорозвинених країнах вимоги проходження медичними закладами процедури сертифікації на відповідність міжнародним стандартам серії ISO 9001 визначено законодавчо: у Німеччині усі державні та недержавні клініки зобов'язані мати свою систему контролю якості, а 99 % із них обирали впровадження СУЯ відповідно до вимог ISO 9001 [9].

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

дисертаційні дослідження, матеріали фахових видань та науково-практичних конференцій.

Настанови щодо покращення процесів в організаціях охорони здоров'я подано в документі ISO IWA 1 [21] (International Workshop Agreement), підготовленому групою ASQ/AIAG. IWA 1 розвиває положення документу HC-1 (Health Care), який у загальній формі рекомендував закладам сфери охорони здоров'я виконувати вимоги щодо покращення медичної допомоги в частині встановлення діагнозу лікування, а також безпеки та ефективності всього медичного устаткування, діагностичних приладів і обладнання, що використовуються для зазначених цілей [18].

Тому вдосконалення та забезпечення високого рівня якості медичних послуг в медичній галузі України є актуальним й потребує використання найсучасніших управлінських та організаційно-економічних заходів, що дозволить в повному обсязі реалізувати мету, поставлену у дипломній роботі.

Метою дипломної роботи магістра є удосконалення управління якістю надання медичних послуг КНП «Шаргородська ЦРЛ».

Досягнення мети дослідження зумовило необхідність розв'язання таких основних завдань:

- Визначити сутність та особливості якості медичного обслуговування;
- Дослідити міжнародні та національні вимоги щодо забезпечення якості медичної допомоги;
- Визначити проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України;
- проаналізувати особливості діяльності Шаргородської центральної районної лікарні Вінницької області;
- сформулювати рекомендації щодо удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг.

Об'єктом дослідження є процеси розвитку управління якістю надання медичних послуг закладів охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретико-методичні питання формування системи управління якістю медичних установ.

Методи дослідження. Методичну основу дослідження становить сукупність прийомів і методів наукового дослідження (системний, аналітичний, логічний, узагальнення та наукової абстракції - використано при дослідженні основних понять якості, вимог нормативних документів щодо якості медичної допомоги та діяльності КНП «Шаргородська ЦРЛ»).

Основні джерела інформації. Інформаційну базу дипломної роботи складають Закони України, правові та нормативні акти у сфері якості медичної допомоги, матеріали Державного комітету статистики України, монографічні та періодичні українські та зарубіжні видання, інформація із всесвітньої мережі Інтернет, річна звітність КНП «Шаргородська ЦРЛ».

Магістерська робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку літератури. У магістерській роботі 119 стор., 26 таблиці, 14 рисунків, 52 джерел.

1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Сутність та особливості якості медичного обслуговування

Сучасне уявлення про сутність якості медичної допомоги сформулював в 70-х роках минулого століття учений А. Донабедіан, який розробив теоретичні основи оцінювання якості медичної допомоги та їх практичне впровадження в практику. У своїй концепції підвищення якості вчений дійшов висновку, що під час надання медичних послуг важливим є цілеспрямоване її забезпечення. Він стверджував, що: «Якість медичної допомоги визначається використанням медичної науки та технології з найбільшою користю для здоров'я людини, до того ж без збільшення ризику. Рівень якості, таким чином, – це ступінь досягнення балансу користі й ризику для здоров'я».

У контексті загальної практики за А. , кожна з сфер в себе включає [4; с. 30]:

- структура - якість приміщень, обладнання та підготовку персоналу, що задіяний в наданні медичного обслуговування;
- процес - діяльність лікарів, їх компетенцію, ступінь досліджень, направлення до спеціалістів, характеристику призначень ;
- кінцевий результат - означає зміни в стані здоров'я пацієнта, фактичного або потенційного.

Існує багато вимірювань результату, які мають значення для пацієнтів, їх сімей та клініцистів, але які важче оцінити. До них належить: частота медичних помилок, інфекції, задоволеність пацієнта та сім'ї наданою послугою, якість помирання якості життя з точки зору стану здоров'я, ступінь виснаження (так званого «вигорання») медперсоналу. При цьому кожен окремий фактор, як правило, може і не дати бажаних результатів щодо

покращення якості медичного обслуговування.

Так, медичне обслуговування низької якості може надаватися в кращих приміщеннях; а результати можуть спостерігатися незалежно від процесу або правильної організації надання медичних послуг. Існує ефект «загального пакету медичного обслуговування». Медичне обслуговування - це інтеграція структури, процесу і кінцевого результату. Якість обслуговування має вимірюватися розглядом всього пакета в цілому.

Взаємозв'язок структури, процесу і результату називається «тріада Донабедіана». На рисунку 1.1 наведено «Тріаду Донабедіана».



Рисунок 1.1 - Залучені ресурси, процеси і кінцевий результат

Джерело: Donabedian (1980)

Структура залучених ресурсів (Inputs) включає засоби та людські ресурси, в той час як процеси представляють різні клінічні, підтримуючі та адміністративні взаємодії між постачальниками і одержувачами. Результати (outcomes) відображають зміни в здоров'я, тобто полегшення симптомів або лікування захворювання. Зниження захворюваності та/або смертності, профілактика захворювань, нещасних випадків, а також задоволеність співробітників і пацієнтів також є результатами. Всі зусилля щодо забезпечення якості повинні бути зосереджені на отриманих результатах.

Як бачимо з рисунка 1.1, елементи тріади А., що формують якість

послуг медичних установ, включають якість структури – складову якості послуг медичного закладу[4; с. 32]:

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

Якість технології, за теорією тріади А. є складовою якості надання всього спектру медичної допомоги, що характеризується:

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

Під лікарською помилкою розуміють такі вчинки, дії або їх відсутність персоналу лікарні під час надання допомоги пацієнтові, які сприяли або могли сприяти:

- посиленню наявного в пацієнта захворювання;
- збереженню ризику прогресування наявного в пацієнта захворювання, виникнення нового патологічного процесу: – неоптимальному використанню ресурсів;
- незадоволеності пацієнта медичною послугою.

Якість результату – складова якості медичної допомоги, що характеризується такими результатами:

- динамікою перебігу здоров'я хворого;
- результатом надання медичної допомоги всім пацієнтам у лікарні;
- рівнем здоров'я жителів регіону (конкретної території).

Якість результату стосовно пацієнта – це порівняння досягнутого

результату захворювання і можливого результату з урахуванням клінічного діагнозу, віку і т. ін.

Якість результатів надання послуг лікувально-профілактичним закладом включає такі показники: загальну летальність, післяопераційну летальність, збіг діагнозів, частоту післяопераційних ускладнень тощо.

Кожен з компонентів системи управління якістю може розглядатися на різних рівнях його забезпечення: макро, мезо і мікро (рисунок 1.2).

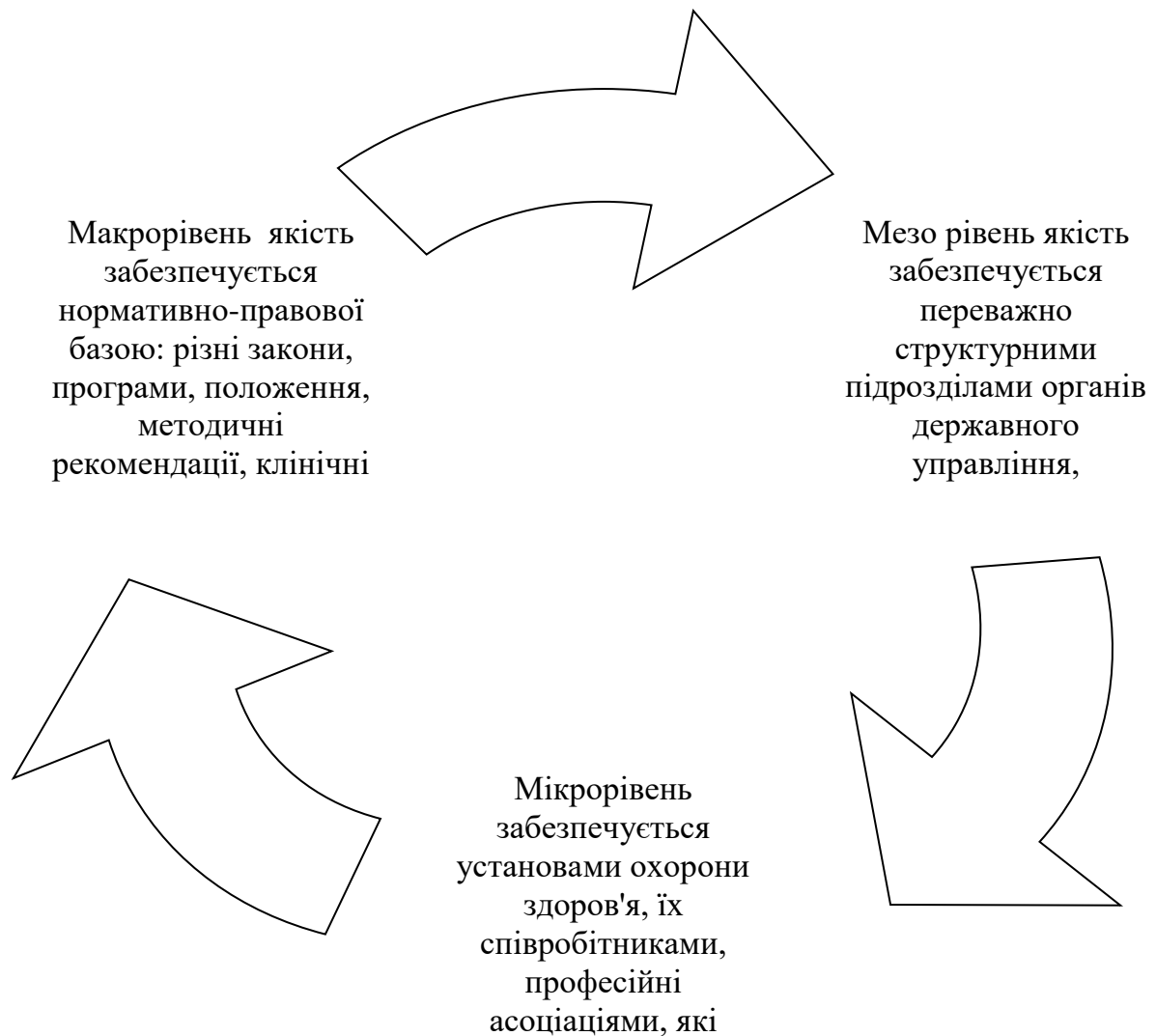


Рисунок 1.2 – Рівні забезпечення якості медичного обслуговування

Джерело: сформовано автором на основі [4, 10-12]

На макрорівні якість забезпечується нормативно-правовою базою: закони, положення, методичні рекомендації, клінічні протоколи/керівництва, стандарти, а також контроль за реалізацією, здійснюваний на рівні Уряду,

Міністерства охорони здоров'я та інших органів управління.

На рівні якості забезпечується переважно структурними підрозділами органів державного управління, професійними асоціаціями, освітніми установами.

На мікрорівні в покращенні якості беруть безпосередню участь установи охорони здоров'я, професійні асоціації, які надають практичне обслуговування на місцях.

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

Залежно від рівня забезпечення якості медицини в системі можуть бути різні параметри структури, процесу, результатів. На кожному рівні забезпечення якості визначаються бажані цілі, вивчається н структура, що забезпечує реалізацію поставлених завдань, розробляються показники для моніторингу та оцінки досягнутих результатів.

Якість медичної допомоги має велике значення для суспільства. Сьогодні в Україні проходить реформування медичної галузі, і якість медичної допомоги – одне з пріоритетних його напрямків.

Якість у системі охорони здоров'я означає, що пацієнти мають отримувати високий рівень опіки, мають доступ до кваліфікованого та компетентного медичного персоналу та організації, орієнтованої на якість, здобувають зрозумілу освіту та постійно оцінюють їх відгуки.

На сьогодні відсутнє єдине узгоджене визначення поняття якості медичної допомоги. Згідно з наказом МОЗ якість медичної допомоги є належним (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в суспільстві, захворюваність, інвалідність.

Під якістю медичної допомоги також розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, що ґрунтується на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання в пацієнта та

попереджувати виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою [16]. Якісне медичне обслуговування – є обслуговуванням, за якого ресурси організуються так, щоб максимально ефективно та безпечно задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто потребує допомоги, виконувати профілактику та лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня.

Отже, якість медичної допомоги є сукупністю великої кількості характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, сучасному рівню медичної науки і технології. Аналіз існуючих підходів до визначення якості медичних послуг дозволив виділити основні характеристики [10;15] (рис. 1.3):

- відповідність медичної допомоги сучасному рівню розвитку науки, встановленим вимогам, стандартам;
- оптимальне (ефективне) використання ресурсів;
- задоволення потреб пацієнтів.

ВООЗ визначає якість послуг як «ступінь, в якій медичні послуги, що надаються окремим особам і пацієнтам, покращують результати щодо здоров'я. Для цього медичне обслуговування має бути безпечним, ефективним з медичної точки зору, своєчасним, справедливим, ефективним за витратами і орієнтованим на людину».

Безпека - надання медичного обслуговування, що зводить до мінімуму ризику і шкоду для користувачів послуг, в тому числі травм та зменшення кількості медичних помилок.

Ефективність з медичної точки зору - надання послуг на основі наукових знань, розроблених на принципах доказової медицини.

- Своєчасність - скорочення затримок у наданні та отриманні медичного обслуговування.

- Ефективність за витратами - надання медичного обслуговування таким чином, щоб максимально використовувати ресурси й уникнути зайвих

витрат.

- **Справедливість** - надання медичного обслуговування, яке не відрізняється за якістю, незалежно від особистісних характеристик індивідуума, таких як стать, етнічна приналежність, географічне положення або соціально-економічний статус.

- **Орієнтація на людей** - надання медичного обслуговування, що враховує переваги і очікування конкретних індивідуумів, а також культурні особливості спільнот.



Рисунок 1.3 - Якість медичної допомоги

Джерело: сформовано автором на основі [10; 15]

Якість багатомірна - ми маємо безліч цілей, при цьому різні індивідууми мають різні пріоритети, а цілі мають більше значення для одних, ніж для інших. Слід пам'ятати, що якість - це засіб, а не завершення результату.

Необхідно розрізняти поняття між «Якістю послуг» та «Клінічною якістю» в охороні здоров'я.

Якість послуг визначається виміром процесу лікування, що тільки побічно і незначно впливає на здоров'я (наприклад, якість харчування, умови та ін.)

Клінічна якість визначається виміром лікування, що безпосередньо або опосередковано впливає на стан здоров'я (наприклад, навички фахівця, якість даних діагностичних досліджень)

Таблиця 1.1 містить відмінності між «Якістю послуг» та «Клінічною якістю» в охороні здоров'я за широким спектром показників.

Таблиця 1.1 - Відмінності між «Якістю послуг» та «Клінічною якістю»

Послуги	Клінічна якість
<p>Міжособистісні</p> <ul style="list-style-type: none"> - Повага - Емоційна підтримка - Культурні особливості 	<p><u>На рівні організацій</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ухвалення рішень (доказова медицина) - Навички персоналу
<p><u>Доступність</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Розташування - Час очікування - Час обслуговування - Затримка призначень 	<p><u>На рівні системи</u></p> <p>послуг</p> <ul style="list-style-type: none"> - Організація системи надання медичних - Інформаційні потоки - Постановка задачі
<p><u>Зручності</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Фізичне оточення - Харчування - Обстановка 	<p><u>Доступність ресурсів</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Будівлі - Устаткування - Ліки та вироби медичного призначення

Ключовими елементами/компонентами якості медичних послуг, які дають можливість виконувати вимоги пацієнта, є такі: безпека пацієнта, поведінка персоналу щодо правильного і своєчасного лікування, додержання

протоколів лікування, пошук зворотного зв'язку з пацієнтами та відповідна відповідь на неї, повне ведення обліку, спілкування пацієнтів із персоналом та одержання повної інформації про надання послуг, якісна допомога за прийнятними цінами, найкращі практики щодо встановлення призначення послуг, надійна діагностична підтримка, надійні служби підтримки, такі як їдальня, швидка допомога, аптека тощо, а також безпечна й приємна обстановка, технічна компетенція, ввічливість та ставлення персоналу в лікарні

Забезпечення якісної медичної допомоги є практичним завданням, вирішення якого вимагає певних зусиль із боку всіх суб'єктів системи охорони здоров'я і створення механізму забезпечення якості медичної допомоги, основними елементами якого є:

- збирання інформації про якість медичної допомоги на певному рівні (робочому місці, лікарні, регіоні та у цілому в країні);
- ухвалення рішень, спрямованих на створення сприятливих умов для надання якісної медичної допомоги;
- контроль за реалізацією ухвалених рішень і проведення в разі необхідності коригувальних заходів.

Організаційно-управлінські чинники займають провідне місце серед факторів, що визначають рівень якості надання медичної допомоги. Досвід розвинених країн свідчить про те, що впровадження нових технологій забезпечує істотний прогрес в якості медичної допомоги в тих випадках, коли вирішені проблеми управлінського характеру і спрямовані на вирішення проблем якості медичної допомоги.

Забезпечення високої якості медичної допомоги необхідне для вирішення актуальних проблем управління: досягнення високих фінансових показників, зниження витрат, зменшення кількості виробничих конфліктів, вирішення задоволеності пацієнтів.

1.2 Міжнародні та національні вимоги щодо забезпечення якості медичної допомоги

Починаючи з 80-х років ХХ ст., у системі охорони здоров'я багатьох країн особливу увагу почали звертати на підвищення якості медичних послуг. Традиційні підходи, як інспектування, збільшення ресурсів (побудова установ, закупівля обладнання), виявилися недостатніми.

Суспільство все більше турбували недоліки в самій системі охорони здоров'я, а саме:

- прогресуюче збільшення витрат на систему охорони здоров'я в усіх країнах світу;
- збільшення різновидів лікувальних методів, появи все нових і нових лікарських засобів, що призвело до варіацій у практиці, тобто були відмінності в методах діагностики, лікування однієї і тієї самої нозології лікарнею, поліклінікою та лікарями.

Усе це вимагало підходу до надання медичної допомоги, її якості. У ряді країн підвищення якості медичного обслуговування, її результативність є завданням усіх зацікавлених сторін. Були необхідні підходи для підвищення якості медичних послуг та впровадження їх у систему охорони здоров'я.

Відповідно до даних ВООЗ (2000 р.) однією з трьох фундаментальних цілей системи охорони здоров'я у світі визначено покращення стану здоров'я населення у розвинених країнах. Це відбулося завдяки забезпеченню якості під час надання медичної допомоги, тому що в більшості країн якість медичних послуг розглядається як основа національної політики у сфері охорони здоров'я.

У 2000-х роках у багатьох країнах світу були прийняті та діють програми забезпечення якості медичної допомоги. Це обумовлено очікуванням у суспільстві організації високого рівня якості обслуговування в

зкладах надання медичної допомоги. Суспільство вимагало ефективного використання державного фінансування, прозорості та підзвітності. Це служило однією з причин того, що уряди країн ЄС стимулювали впровадження систем управління якістю, щоб витрати на медицину були економними. Це сприяло широкому руху в міжнародному медичному середовищі за визнання ролі стандартизації медичної діяльності і трансформування її в модель індустріального підходу, що привело до створення стандарту GCP («Good Clinical Practice», Належна клінічна практика), який містить вимоги норм і описує правила розроблення, проведення, ведення документації та звітності. Далі були розроблені стандарти: GMP (Належна виробнича практика) і GLP (Належна лабораторна практика), які також спрямовані на формування стандартизованих процедур медичного обслуговування населення (таблиця 1.2).

Різні країни з урахуванням можливостей і національних особливостей при реформуванні та реорганізації своїх систем охорони здоров'я використовують різноманітні підходи і методики, об'єднані однією загальною назвою – управління якістю. Це підходи, як «Забезпечення якості» (Quality Assurance), «Загальне управління якістю» (Total Quality Management), «Безперервне покращення якості» (Continues Quality Improvement), «Покращення якості» (Quality Improvement), що є сімейством різних управлінських технологій та їх об'єднує те, що вони на різних рівнях є керівництвами впливу на систему управління якістю.

Таблиця 1.2 - Міжнародні вимоги щодо забезпечення якості медичної допомоги

Документ	Характеристика
Стандарт GCP («Good 15 Clinical Practice», Належна клінічна практика)	Містить вимоги етичних норм і описує правила розроблення, проведення, ведення документації
Стандарти GMP (Належна виробнича практика) і GLP (Належна лабораторна практика),	Спрямовані на формування стандартизованих процедур медичного обслуговування населення
Стандарти ISO 9001 ISO 14001 (стандарт екологічного менеджменту) ISO 18001 (стандарт охорони здоров'я та безпеки праці).	Орієнтовані на системне управління якістю організацій у широкому діапазоні, що дало можливість застосовувати цю систему до лікарень. Для полегшення впровадження систем управління якістю в країнах ЄС у 2000-х роках були видані національні рекомендації та критерії якості підтримання створення системи управління якістю в лікарнях на основі стандартів ISO та створення інтегрованих систем якості, що відповідають вимогам не лише стандарту ISO 9001, а ще й стандартам ISO 14001 та ISO 18001
«Глобальний огляд про якість і акредитацію в службах охорони здоров'я», ВООЗ	Визначено структуру і діяльність щодо забезпечення якості медичної допомоги на національному та міжнародному рівнях, а також подана концепція якості та її розвиток на місцевому рівні. Містить міжнародні рекомендації щодо забезпечення якості медичної допомоги.
«Якість медичного догляду: процес прийняття стратегічного вибору в системі охорони здоров'я», ВООЗ	Документ призначено для керівників різних рівнів у галузі охорони здоров'я. Орієнтований на створення інструментів підвищення якості медичних послуг з акцентом на людей, які несуть стратегічну відповідальність за якість
Стандарт EN 15224	Розроблений спеціально для сектору охорони здоров'я. Його можна застосовувати організації, що надає медичну допомогу та здійснює догляд за пацієнтами, а також для лікарів практиків. Цей стандарт якості базується на ISO 9001:2008 і враховує специфіку діяльності закладів охорони здоров'я, вимоги ISO 9001 розширені і мають уточнення, додаткову інтерпретацію, специфічну для охорони здоров'я. У стандарті EN 15224 зроблений акцент на сервіс надання медичних послуг та управління ризиками.
Міжнародна політика у сфері охорони здоров'я «Здоров'я – 2020», ВООЗ	Визначено структуру і принципи стратегії з якості, надаються приклади політики, організації, методів і ресурсів, які можуть застосовуватися в процесі створення інститутів якості в державах-членах ЄС

Системи управління якістю базуються на сертифікації у міжнародній

організації стандартизації (ISO). Перші стандарти ISO були зосереджені на технічних специфікаціях, призначених для виробництва та наукових галузей, але пізніше із створенням ISO 9001 масштаби системи управління якістю якості були розширені в широкому діапазоні, що дало можливість застосовувати цю систему практично до будь-якої організації в будь-якій галузі, враховуючи лікарні. Для впровадження систем управління якістю в країнах ЄС у 2000-х роках видані національні рекомендації та критерії якості для підтримання створення системи управління якістю в лікарнях на основі стандартів ISO. Необхідно зазначити, що в різних країнах ЄС підходи щодо впровадження ISO 9001 в медичній сфері відрізняються. Однак спільними для них були роз'яснення до таких положень:

- участь клієнтів в управлінні якістю;
- керівництво для управління якістю;
- персонал як передумова високої якості;
- превентивний характер діяльності з управління якістю;
- управління процесами як основа для управління якістю;
- інформація як основа підвищення якості;
- систематизація системи управління якістю.

Водночас лікарні встановили інтегровані системи якості, що відповідають вимогам не лише стандарту ISO 9001, а ще й стандартам ISO 14001 (стандарт екологічного менеджменту) та ISO 18001 (стандарт охорони здоров'я та безпеки праці).

У 2003 році ВООЗ публікує «Глобальний огляд про якість і акредитацію в службах охорони здоров'я», в якому концептуальним підходом є те, що більшість причин низької якості полягає в недоліках системи організації медичної допомоги, а не в окремих постачальників послуг або окремих медичних виробках. Зазначається, що забезпечення якості не може бути «нав'язане» охорони здоров'я, оскільки для покращення якості медичних послуг необхідно, щоб питання якості поділялася однаково між керівниками і персоналом та особливо тією частиною медичного персоналу,

яка більше за все протистоїть зовнішньому контролю і регулюванню.

В огляді ВООЗ визначено структуру і діяльність щодо забезпечення якості медичної допомоги на національному та міжнародному рівнях, а також подана концепція якості та її розвиток на місцевому рівні. Цей огляд ВООЗ також містить міжнародні рекомендації щодо забезпечення якості медичної допомоги. У першому пункті рекомендацій зазначено, що повинна бути задоволеність пацієнта якістю надання медичної допомоги: «Кожен пацієнт повинен отримати такий комплекс діагностичної та допомоги, який би привів до оптимальних для здоров'я цього пацієнта результатів відповідно до рівня медичної науки і таких біологічних факторів, як його вік, захворювання, супутній вторинний діагноз, реакція на вибране лікування тощо; при цьому, для досягнення такого результату повинні бути залучені мінімальні кошти, ризик додаткового травмування або непрацездатності повинен бути мінімальним; пацієнт повинен одержувати максимальне задоволення від процесу медичної допомоги, максимальними повинні бути і взаємодія пацієнта із системою медичної допомоги, а також одержані результати».

Відповідно до рекомендацій ВООЗ при розробленні програм забезпечення якості медичної допомоги необхідно брати до уваги такі фактори:

- кваліфікацію лікаря і додержання ним технології діагностики і лікування;
- ризик для пацієнта від медичного втручання;
- наявність ресурсів і оптимальність їх використання;
- задоволеність пацієнта

У 2006 р. ВООЗ опублікувала документ «Якість медичного догляду: процес прийняття стратегічного вибору в системі охорони здоров'я». Цей документ призначено для керівників різних рівнів у галузі охорони здоров'я. Документ орієнтований на створення підвищення якості медичних послуг з особливим акцентом на людей, які несуть стратегічну відповідальність за

якість. Причиною такого підходу є розуміння того, що в більшості країн існує кількість дій на місцях для покращення якості але часто ці дії здійснюються недостатньо ефективно.

Слід зазначити, що згідно з офіційними повідомленнями та науковими публікаціями, впровадження управління якістю у сфері охорони 17 здоров'я за стандартами ISO відбувається набагато повільніше, ніж в інших галузях, таких як торгівля та промисловість. Поясненням цього може бути специфічність медичних послуг, а також недостатні знання про ISO та його переваги, існують у медичному суспільстві. Через загальний характер ISO 9001 в організаціях охорони здоров'я можуть виникати труднощі в розумінні вимог і способів прийняття системи управління якістю. Тому у 2012 р. в ЄС було розроблено стандарт EN 15224:2012.

Стандарт EN 15224:2012 розроблений спеціально для сектору охорони здоров'я. Його можна застосовувати для будь-якої організації, що надає медичну допомогу та здійснює догляд за пацієнтами, а також для лікарів практиків. Цей стандарт якості базується на ISO 9001 і враховує специфіку діяльності закладів охорони здоров'я, вимоги ISO 9001 розширені і мають уточнення, додаткову інтерпретацію, специфічну для сфери охорони здоров'я.

У стандарті EN 15224 зроблений акцент на сервіс надання медичних послуг та управління ризиками. Ці два компоненти свідчать про ступінь якості медичної допомоги, що надається пацієнтові. EN 15224:2012 визначає в цілому одинадцять якісних характеристик медичних послуг і підкреслює, що управління клінічними ризиками входить до складу процесів (планування, надання послуг, контроль якості). Це такі характеристики, як:

- адекватний, належний догляд;
- доступність;
- безперервність медичних послуг для пацієнта;
- ефективність медичної допомоги;
- результативність медичної допомоги;

- рівність надання медичної допомоги для усіх пацієнтів;
- послуги з охорони здоров'я (діагностика, лікування тощо) повинні бути науково обґрунтовані та/або ґрунтуватися на основі доказів чи знаннях;
- послуги з охорони здоров'я надають відповідно до цінностей та ставлень пацієнта і, коли це можливо, завжди проводять за згодою пацієнта і фізичної та психологічної цілісності;
- участь пацієнта – пацієнт поінформований і, якщо можливо, активно бере участь в усіх рішеннях, що впливають на нього;
- безпека пацієнта – ризики, пов'язані з медичними послугами, повинні бути визначені та контрольовані, і запобігати будь-яким ушкодженням пацієнта;
- своєчасність/доступність – незалежно від соціального статусу пацієнта надання послуг повинна залежати виключно від потреб пацієнта, гострого стану та тяжкості захворювання.

Ризик розуміють як клінічний, якщо він до негативних наслідків як мінімум для одного з 11 показників якості за медичного обслуговування.

Процес повинен бути орієнтований на ці 11 показників якості. До стандарту ЄС EN 15224 поняття концепції «здоров'я» за визначенням ВООЗ. Це поняття здоров'я визначається як «стан повного фізичного, ментального та соціального благополуччя, а не відсутність захворювання або немічності». Це чітко окреслює мету дії СУЯ у наданні медичної допомоги. На підставі стандарту EN 15224 в Європейських країнах приймаються національні стандарти.

EN 15224 визначає вимоги до системи управління якістю, щоб медичний заклад міг ефективно впровадити ISO 9001 та продемонструвати здатність надавати медичні послуги, які відповідають вимогам клієнтів, а також існуючим нормативним вимогам, а також професійним стандартам. Стандарт EN 15224 спрямований на покращання задоволення пацієнтів шляхом ефективного застосування системи управління якістю, враховуючи постійне вдосконалення якості клінічних процесів, наявність, безперервність

догляду, участь пацієнта, безпека пацієнта та доступність медичної допомоги. Основний акцент цього європейського стандарту – це клінічні процеси та управління ризиками для сприяння якісній медичній допомозі. Успіх стандарту EN 15224 у країнах ЄС обумовлений конкуренцією установ охорони здоров'я і вибором клієнтів, орієнтованим на безпеку, надійність, якість і прозорість надаваних медичних послуг. Медичні організації, що прагнуть вищого рівня постійного вдосконалення у сфері своєї діяльності, впроваджують модель Європейського фонду управління якістю, визначену в стандарті EFQM (The European Foundation for Quality Management).

У 2013 році ВООЗ повідомляє про нову міжнародну політику у сфері охорони здоров'я, яка визначена як «Здоров'я – 2020». У цій політиці велике значення надається зміцненню систем охорони здоров'я як одній із чотирьох пріоритетних сфер. «Здоров'я – 2020» – це всеосяжна рамкова політика, на якій будується діяльність усіх органів управління і всього суспільства щодо якісного забезпечення громадського здоров'я та зміцнення систем охорони здоров'я.

Новою міжнародною політикою «Здоров'я – 2020» визначено структуру й принципи стратегії з якості, надаються приклади політики, організації, методів і ресурсів, які можуть застосовуватися в процесі створення інститутів якості в державах-членах ЄС.

У політиці «Здоров'я – 2020» сформульовано бачення глобальної мети – покращити діяльність систем охорони здоров'я за рахунок застосування інноваційних підходів, спрямованих на зміцнення основних функцій систем та активізації зусиль із пошуку організаційних рішень, орієнтованих на забезпечення інтересів і потреб людей. Важливим завданням у цьому є покращення якості як послуг здоров'я, так і медико-санітарних послуг.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України якість медичної допомоги є основною цільовою функцією та водночас критерієм діяльності системи від її нижньої ланки – лікувально-профілактичного закладу – до верхньої – Міністерства охорони здоров'я України.

Про актуальність надання якісної медичної допомоги свідчить значна кількість законодавчих і нормативних документів, у яких визначаються правові та організаційні засади механізмів щодо її забезпечення. У цій сфері правового регулювання діють такі нормативно-правові акти:

– Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ зі змінами та доповненнями. У цьому Законі зазначено, що «Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане лікування пацієнта» (ч. 2 ст. 34). «Медичні працівники зобов'язані сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу» (п. «а» ст. 78);

– Наказ МОЗ України від р. № 80 «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження певних видів господарської діяльності в галузі охорони здоров'я, що ліцензуються»;

– Наказ МОЗ від р. № 981 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»;

– Наказ МОЗ України від 02.02.2011 р. № 49 (в ред. від 18.01.2013, підстава наказ МОЗ від р. № 981) п. 4.1 «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики»;

– Наказ МОЗ України від р. № 992 «Про затвердження примірних договорів про медичне обслуговування населення»);

– Наказ МОЗ України від р. № 816 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини»;

– Наказ МОЗ України від р. № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року»;

– Наказ МОЗ України від р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»;

Упровадження системи управління якістю у медичних закладах на рівні нормативних актів в Україні бере свій початок з 2011 року – після прийняття

низки документів, а саме:

– Наказу МОЗ України «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги» від 20 липня 2011 р;

– Наказу МОЗ України «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» від 1 серпня 2011 р.;

– Наказу МОЗ України «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги» від 2 листопада 2011 р..

Проведені реформи вітчизняної охорони здоров'я – структурна реорганізація системи, розвиток фінансово-економічних альтернатив і нових організаційно-правових механізмів, децентралізація управління, впровадження конкуренції між лікувально-профілактичними установами й лікарями – в кінцевому підсумку спрямовані на підвищення якості медичної допомоги населенню.

Завдання забезпечення й покращення якості медичної допомоги, які вирішують сьогодні в Україні, багато в чому співзвучні із завданнями інших країн і Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Безперервне покращення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід, спрямований на покращення результатів роботи системи в цілому, шляхом модифікації і вдосконалення самої системи, а не шляхом виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають установленим нормам.

Згідно зі статтею 11 Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» (2000) державні соціальні нормативи в системі охорони здоров'я містять:

- перелік і обсяг гарантованого рівня медичної та фармацевтичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ);

- нормативи надання медичної та фармацевтичної допомоги, що

містять обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;

- показники якості надання медичної та фармацевтичної допомоги;

- нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення ЛП засобами;

- нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою;

- нормативи забезпечення ЛП державних й комунальних ЗОЗ;

- нормативи санаторно-курортного забезпечення;

- нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних ЗОЗ.

Концептуальною основою, стратегічними орієнтирами політики у медичній галузі України є базові положення сучасної політики ВООЗ «Здоров'я – 2020».

Як зазначено у Концепції управління якістю, покращення якості медичної допомоги в Україні є однією з найактуальніших проблем. Ефективність і чіткість функціонування всіх ланок покращення якості медичної допомоги можливі при узгодженій їх взаємодії. Тому керівні органи охорони здоров'я державного і територіального рівнів, лікарські асоціації, навчальні заклади, що здійснюють підготовку навчання медичних кадрів, медичні заклади повинні керуватися єдиною стратегією та концептуальними підходами до покращення якості медичної допомоги. Згідно з Концепцією управління якістю медичної в Україні на період до 2020 р. основною метою є створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, покращення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості (рис. 1.4).

Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні								
<p>Мета - створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, покращення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливому доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості</p>								
Завдання								
підвищення якості медичних послуг	покращення доступності та зменшення нерівності в доступі різних верств населення до медичної допомоги	підвищення позитивного впливу системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я	підвищення ефективності державного фінансування та використання ресурсів охорони здоров'я	впровадження сучасних медико-технологічних документів, розроблених на основі медичних втручань та технологій із доведеною ефективністю	зростання задоволення населення системою медичного обслуговування	захист інтересів пацієнта щодо одержання ним якісної медичної допомоги та забезпечення відшкодування у разі завдання медичної шкоди	захист інтересів медичних працівників на випадок професійного ризику	створення стимулів для здорового способу життя населення й здорових умов праці

Рисунок 1.4 - Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні

Завданнями реалізації концепції є:

- підвищення якості медичних послуг;
- покращення доступності та зменшення нерівності в доступі різних верств населення до медичної допомоги;
- підвищення позитивного впливу охорони здоров'я на стан громадського здоров'я;
- підвищення ефективності державного фінансування та використання ресурсів охорони здоров'я;
- впровадження сучасних медико-технологічних документів, розроблених на основі медичного втручання та технологій із доведеною

ефективністю;

- зростання задоволення населення системою медичного обслуговування;
- захист інтересів пацієнта щодо одержання ним якісної медичної допомоги та забезпечення відшкодування у разі завдання медичної шкоди;
- захист інтересів медичних працівників на випадок професійного ризику;
- створення стимулів для здорового способу життя населення й здорових умов праці.

Питання якості медичної допомоги також регламентується низкою наказів МОЗ України, де зазначається, що для успішного розвитку медицини високих технологій необхідно здійснити заходи щодо зміцнення і переоснащення провідних установ охорони здоров'я – основних виробників високотехнологічних медичних послуг, а й створити оптимальні механізми управління, спрямовані на підвищення якості та ефективності діяльності як існуючих, так і створюваних медичних закладів

У 2012 році Міністерство юстиції зареєструвало Наказ МОЗ, про порядок контролю якості медичної допомоги, який вперше поширюється не лише на юридичних осіб усіх форм власності, а й на фізичних осіб-підприємців. У ньому зазначено, що місцеві органи управління охорони здоров'я на місцях можуть здійснювати контроль якості медичної допомоги. Хоча лише МОЗ може перевірити додержання Ліцензійних умов, видати чи анулювати ліцензію, управління на місцях, які цих повноважень не мають, можуть створити комісію для перевірки якості та обсягу медичної допомоги в закладі, і за її результатами надати відповідну інформацію МОЗ, яке за потреби перевірить, чи мають місце порушення Ліцензійних умов.

План заходів МОЗ України на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року затверджений Наказом МОЗ України від 21 вересня 2012 р.. Згідно з Планом необхідно:

- розробити нормативно-правову базу з питань контролю якості надання медичної допомоги, клінічного аудиту в закладах охорони здоров'я;
- впровадити Галузеву програму стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року, затверджену Наказом МОЗ України від 16 вересня 2011 р. № 597;
- удосконалити критерії акредитації закладів охорони здоров'я;
- забезпечити розроблення/адаптацію та перегляд/оновлення клінічних рекомендацій, медичних стандартів, протоколів медичної допомоги;
- здійснювати постійний контроль за обсягами та якістю надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я, незалежно від їх форм власності, та фізичними особами-підприємцями на відповідній адміністративній території;
- забезпечити створення та галузевого реєстру медико технологічних документів;
- забезпечити розроблення та впровадження локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) в медичних закладах.

Якість медичних послуг може бути визначена як виконання професійних стандартів медичної допомоги і відповідність наданої медичної допомоги очікуванням пацієнта за запровадженням вимог стандарту ISO 9001.

В Україні вимоги стандартів серії ISO 9000 поширюються з 2001 року, коли Україна увійшла до ISO – Міжнародної організації зі стандартизації.

У 2009 р. в Україні прийнято стандарт ДСТУ ISO 9001-2009 «Системи управління якістю. Вимоги» – національний аналог міжнародного стандарту. На його основі на підприємстві розробляють та впроваджують систему управління якістю як складову частину загальної системи управління підприємством.

В Україні у сфері охорони здоров'я одним із перших сертифіковано на відповідність ISO 9001 та спеціалізованому стандарту управління якістю EN 15224 Медичний центр ТОВ «Центр слухової реабілітації АВРОРА®». Він

одержав такі переваги від упровадження цих стандартів, як підвищену безпеку пацієнта, доступність, ефективність послуг, адекватний і правильний догляд за пацієнтом, а також підвищення культури безпеки та постійне покращення якості надаваних послуг.

Таким чином, слід зазначити, що в Україні проблема забезпечення якості медичної допомоги вирішується в основному через контроль і оцінювання якості є найбільш поширеним із точки зору існуючої нормативної бази та численних наукових досліджень і публікацій. Водночас із міжнародного досвіду відомо, що якість не можна забезпечити лише її контролем.

Забезпечення якості в організації планується, створюється й постійно підтримується на кожному етапі процесу лікування. Такий підхід відповідає концепції системного управління якістю та передбачає планомірну і постійну діяльність, спрямовану на вдосконалення процесів, в яких якість підтримується на кожному етапі надання медичної допомоги. Водночас контроль та оцінювання якості медичної допомоги є лише окремими ланками в комплексі багатьох елементів СУЯ (системи управління якістю).

На сьогодні в Україні в окремих закладах із надання медичної допомоги здійснюють роботу зі створення СУЯ, але необхідно зазначити, що цей процес перебуває на низькому рівні. Така ситуація не дозволяє підвищувати якість медичної допомоги. Згідно з оцінками як вітчизняних, так і зарубіжних авторів управління діяльністю організації з надання медичної допомоги, що не орієнтоване на системне управління якістю, неефективне. Ефективність медичних організацій можна покращити за умови впровадження принципів загального менеджменту якості відповідно до вимог стандартів ISO серії 9001. Ці стандарти є всесвітньо визнаними, зокрема і в медичній сфері.

1.3 Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України

Тривалий час управління вітчизняною охороною здоров'я ґрунтувалося на прямому адмініструванні, а роль економічних методів була незначною, що не сприяло підвищенню якості медичних послуг. Фінансування галузі традиційно базувалося на показниках ресурсного забезпечення (ліжковий фонд, число медичних працівників), а не кінцевих результатах роботи медиків.

Екстенсивний шлях розвитку системи охорони здоров'я, спрямованість на кількісні показники, спроби здешевлення медичної допомоги призвели до появи проблем, серед яких зниження якості, брак устаткування, діагностичної апаратури, інструментарію й лікарських засобів. Наслідком недостатності економічних стимулів стали низька ефективність використання ресурсів, недостатній професіоналізм медиків, неувага до пацієнтів та ін.

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

– низька якість медичних послуг. Очікувана тривалість життя населення України складає 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вищий, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий;

– нерівний доступ до послуг охорони здоров'я. Бідні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення рівного доступу. Існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських й сільських мешканців. Високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Відповідно до офіційної статистики, витрати

населення перевищують третину загального обсягу фінансування галузі (40% у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг [38].

Причинами виникнення зазначених проблем є:

- відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці;

- низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг;

- неефективне використання бюджетних коштів на охорону здоров'я. На 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, тоді як у країнах ЄС цей показник – 2,6; кількість ліжко-місць в Україні – 868 на 100 тис. населення, а в ЄС-10 – 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні – 302, у ЄС-10 – 261. 8% бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату праці лікарів;

- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги

- відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг;

- низька самостійність медичних закладів при використанні фінансових ресурсів [38].

Якість медичної допомоги населенню дозволяє оцінити ступінь дотримання заявлених державою (медичною установою) гарантії відповідно до встановлених критеріїв і показників якості з урахуванням задоволеності населення в отриманні медичної допомоги. Деякі з характеристик якості медичних послуг не піддаються оцінці й до цих пір сприймаються неоднозначно. Це, в першу чергу, стосується задоволеності пацієнтів медичною допомогою.

Є відмінність між об'єктивними потребами, які можуть бути не до кінця зрозумілі самому пацієнтові, і суб'єктивними очікуваннями. Проте

орієнтація на споживача є ключовим принципом системи управління якістю, хоча задоволеність очікувань пацієнтів не може служити основним показником якості медичної допомоги, оскільки складається під впливом безлічі чинників: ефективності лікування, ставлення персоналу, умови надання допомоги, особисті переваги і очікування пацієнтів тощо.

Контроль якості медичної допомоги в нашій країні здійснюється на різних рівнях: медичними установами, органами охорони здоров'я, страховими медичними організаціями. Але враховуючи що медичне страхування в Україні не має широкого розповсюдження, система контролю за якістю медичних послуг зберігається тотальною командній економіці.

У вітчизняній охороні здоров'я з метою оцінки діяльності медичних установ традиційно використовуються показники державної статистичної звітності, такі як лікарняна летальність, частота збігів або розбіжностей клінічних і патолого-анатомічних діагнозів. Ці показники відображають ступінь дотримання організаційних принципів надання медичної допомоги. При цьому оцінка якості медичної допомоги й її ефективності часто не проводиться, тоді як сучасні управлінські технології повинні реалізовувати комплексний підхід до оцінки якості, оцінювати як процес надання медичної допомоги, так і досягнення результату.

Одним з механізмів підвищення якості медичної допомоги є матеріальне стимулювання персоналу це забезпечує: зв'язок оплати праці з її обсягом і, головне, з її якістю. Як і раніше, переважає валовий принцип, враховуються відвідини, ліжко-дні, випадки поліклінічного обслуговування або стаціонарного лікування тощо, однак тільки не збереження здоров'я населення. Сьогодні на перший план виходять завдання з вдосконалення оплати праці медичних працівників і всього механізму фінансування медичних установ. Необхідно створити економічну зацікавленість в якісній та ефективній медичній допомозі її учасників: медичних працівників, адміністраторів й пацієнтів. Створення гнучких стимулюючих систем оплати праці, що дозволяють вище оплачувати кращу працю, утримувати фахівців і

стимулювати досягнення певних результатів, стало реальним із зміною системи фінансування: з введенням медичного страхування, платних медичних послуг.

Первинний розвиток платних послуг в охороні здоров'я України розглядався як чинник розширення прав споживача на вибір постачальника медичної послуги. За цих умов вкрай важливо, щоб якість послуг, що надаються, відповідала існуючим стандартам.

Незважаючи на наявну тенденцію до збільшення державного обсягу фінансування системи охорони здоров'я, позиція дефіциту засобів, ліків, устаткування закріплена в свідомості і медичних працівників, і пацієнтів, що приводить до стимулювання розвитку платних медичних послуг.

З початку 90-х років минулого сторіччя простежувалися складні відносини між держаними медичними установами та приватними. На першому етапі особливі побоювання виникали саме щодо відповідності якості послуг у приватних структурах. Хоча досить часто це негативне ставлення визначалося суто суб'єктивними чинниками, зокрема небажанням керівників медицини взагалі конкурувати з активним та мобільними приватними медичними структурами.

Контроль якості як управлінський інструмент в установах медичної галузі передбачає послідовне виконання таких дій:

- встановлення критеріїв (стандартів) якості;
- оцінка відповідності об'єкта контролю прийнятим вимогам і критеріям;
- система дій у разі невідповідності прийнятим стандартам;
- планування вдосконалення вимог стандартів [40].

Методологія управління якістю в медичній галузі базується на забезпеченні працівника адекватними умовами, науково-обґрунтованими технологіями, в той же час має на увазі особисту відповідальність за результати. У цілому такий підхід декларується міжнародною системою управління якістю ISO 9000. Для ефективного підвищення якості та безпеки

медичної допомоги в Україні необхідна розробка та послідовна реалізація державної стратегії якості медичного обслуговування.

Система управління якістю будь-якого бізнес-процесу містить формування еталонів структури (наявність умов для надання медичної допомоги), послідовність діагностичних та лікувальних процесів, що забезпечують якісну медичну допомогу, аналіз повноти їх виконання з подальшим визначенням необхідності внесення корективів [37, с. 158].

ВООЗ у методичному документі «Керівництво з розробки стратегій забезпечення якості та безпеки з позиції систем охорони здоров'я», спрямованому на просування нещодавно прийнятої стратегії щодо зміцнення систем охорони здоров'я), виділяє п'ять типів державних стратегій забезпечення якості і безпеки [36, с. 24]:

- стратегії, спрямовані на працівників системи медико-санітарної допомоги;
- стратегії, спрямовані на організації медико-санітарної допомоги;
- стратегії, спрямовані на медичні препарати й технології;
- стратегії, спрямовані на пацієнтів;
- стратегії, спрямовані на організацію фінансового забезпечення.

Основними принципами стратегії є ефективність, раціональність використання ресурсів, доступність, прийнятність/першочергову орієнтацію на пацієнта, справедливість та безпеку.

Реалізація вказаних напрямів неможлива без ефективної взаємодії між органами управління охороною здоров'я на всіх рівнях, фондами обов'язкового медичного страхування, організаціями охорони здоров'я. Низька ефективність профілактичної роботи первинної ланки медичної допомоги, відсутність системи амбулаторного долікування і патронажу, а також недосконалість організації роботи швидкої медичної допомоги привели до того, що стаціонарна допомога виступає як основний рівень в системі охорони здоров'я населення. При цьому, стаціонарна медична допомога необхідна лише при захворюваннях, що потребують комплексного

підходу до діагностики і лікування, застосування складних методів обстеження і лікування з використанням сучасної медичної техніки, постійного цілодобового лікарського спостереження і інтенсивного відходу.

З метою підвищення якості діяльності всієї системи охорони здоров'я і медичних установ необхідно продовжити вдосконалення системи оцінки якості медичних послуг, активніше використовувати зарубіжний досвід. Так, до розробки стандартів якості медичних послуг, доцільно привертати фахівців-професіоналів, об'єднаних в медичні асоціації, як це здійснюється в країнах Західної Європи. Контроль дотримання норм, стандартів, регламентів слід здійснювати страховим компаніям.

Необхідно мати на увазі, що при наданні медичних послуг оцінка їх якості особлива роль має відводитися пацієнту-споживачу цих послуг. При його індивідуальній оцінці якості медичних послуг, як правило, враховується не тільки професіоналізм медичного персоналу, використовувані медичні технології й інші об'єктивні характеристики та обставини, але й особливості пацієнта, його суб'єктивне сприйняття наданих медичних послуг, увага медичного персоналу, турбота і індивідуальний підхід до пацієнта і багато іншого. Тому думка пацієнтів в оцінці якості медичних послуг може і повинна враховуватися при вирішенні багатьох питань, спрямованих на покращення і підвищення ефективності діяльності всієї системи охорони здоров'я.

Медичні послуги особливе благо, корисність якого виявляється в процесі його споживання і в подальший період, і спрямоване на відновлення втраченого здоров'я, лікування або істотне ослаблення захворювання. При виборі матеріально-речового блага (продукту) у споживача є значно більше варіантів попередньої оцінки його споживних характеристик; індивідуальної, прогностичної оцінки його потреб для придбання цього блага.

При отриманні медичної послуги така можливість значно скорочується. Людина прикріплена до поліклініки, ділянки, лікаря і отримує ту послугу, яку їй надають. Вона абсолютно не захищена від лікарської помилки, грубої

поведінки медперсоналу (хоча це може бути і винятком), якості медичної допомоги, ефективності препаратів тощо. Конституційне право державної гарантії на якісну медичну послугу пацієнту залежить від об'єктивних і суб'єктивних обставин. Тому пацієнт має бути активно залучений до оцінки якості медичних послуг. З цією метою може бути використаний механізм анонімної відповіді всього на декілька питань, що стосуються якості, доступності, своєчасності, здорового способу життя та ін. [8, с. 15]. Це дасть можливість для органів при вірній обробці і узагальненні даних отримати не вибіркочну, дуже нечисленну, а значно повнішу, достовірнішу інформацію про роботу медичних установ, якість послуг і на цій основі виявити проблеми, причини, що їх породжують, і впровадити заходи з покращення якості роботи всієї системи охорони здоров'я.

Таким чином, слід зазначити, що якість медичних послуг, доступність, надійність, своєчасність надання медичної допомоги, професіоналізм медичного персоналу, його турбота про здоров'я людини, матеріально-технічна база установ охорони здоров'я, використовувані медичні технології та інші чинники суттєво залежать від обґрунтованого швидкого впровадження досвіду, зокрема використання стандартів якості при наданні медичних послуг, орієнтація на споживача, що, в підсумку, дасть змогу підняти рівень медичних установ до європейських стандартів.

Висновки до розділу

Сучасне уявлення про сутність якості медичної допомоги сформулював видатний учений А., який розробив теоретичні основи оцінювання якості медичної допомоги та їх практичне впровадження в медичну практику.

ВООЗ визначає якість послуг як «ступінь, в якій медичні послуги, що надаються окремим особам і пацієнтам, покращують бажані результати щодо здоров'я. Для цього медичне обслуговування має бути безпечним, ефективним з медичної точки зору, своєчасним, справедливим, ефективним за витратами і орієнтованим на людину».

Аналіз міжнародних та національних вимог щодо забезпечення якості

медичної допомоги показав, що у багатьох країнах світу були прийняті та діють програми забезпечення якості медичної допомоги. Це обумовлено очікуванням у суспільстві організації високого рівня якості обслуговування в закладах надання медичної допомоги

Системи управління якістю базуються на сертифікації у міжнародній організації стандартизації (ISO). Перші стандарти ISO були зосереджені на технічних специфікаціях, призначених для виробництва та наукових галузей, але пізніше із створенням ISO 9001 масштаби системи управління якістю були розширені в широкому діапазоні, що дало можливість застосовувати цю систему практично до будь-якої організації в будь-якій галузі, враховуючи лікарні.

В Україні про актуальність надання якісної медичної допомоги свідчить низка законодавчих і нормативних документів, у яких визначаються правові та організаційні засади механізмів щодо її забезпечення. У цій сфері правового регулювання діють такі нормативно-правові акти: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; Наказ МОЗ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»; Наказ МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» тощо.

Концептуальною основою, стратегічними орієнтирами політики у медичній галузі України є базові положення сучасної політики ВООЗ «Здоров'я – 2020». Згідно з Концепцією управління якістю медичної в Україні основною метою є створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, покращення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

2 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ШАРГОРОДСЬКОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ РАЙОННОЇ ЛІКАРНІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

2.1 Загальна характеристика КНП «Шаргородська ЦРЛ»

Шаргородська ЦРЛ знаходиться у м. Шаргород Вінницької області, вул. Пархоменко 9. За період дослідження робота ЦРЛ проводилася згідно програмних документів стратегічного розвитку медичної галузі і спрямована на:

- профілактику та лікування серцево-судинних, судинно-мозкових захворювань, оскільки на сьогодні це залишається серед найбільш значущих та складних завдань сучасної охорони здоров'я, що зумовлено рівнем смертності від ХКС, зниженням якості життя пацієнтів, високим рівнем інвалідності;
- боротьбу з онкологічними захворюваннями, СНІДом, вірусними гепатитами;
- підтримання статусу «Лікарня доброзичлива до дитини»;
- забезпечення виконання завдань визначених програмою «Репродуктивне здоров'я»;
- забезпечення виконання комплексної програми «Цукровий діабет» лікування та профілактика ускладнень;
- забезпечення виконання «Програми протидії захворювання на туберкульоз»;
- виконання програми «Здоров'я нації 2020»;
- виконання програми «Майбутнє Шаргородщини в збереженні здоров'я громадян».

РЦЛ надає медичні послуги населенню, що проживає у Шаргородському районі, зокрема демографічна ситуація станом на

01.01.2020 р. свідчить, що в районі проживає 55 997 особи, з них міського населення 6839, сільського – 49158. У 2018 році - 56 549 особи, з них міського населення 6801, сільського – 42663. У 2017 році - 57842 особи, з них міського населення 6759 (11,4%), сільського – 51083 (88,3%).

Таблиця 2.1 – Демографічна ситуація

Показники	Роки			Відхилення	Темп зміни, %
	2017	2018	2019		
Кількість населення регіону	57842	56 549	55 997	-1 845	96,81
з них					
міського,	6759	6801	6839	80	101,18
сільського	51083	42663	49158	-1925	96,23
Кількість народжених	651	406	304	-347	46,70
Кількість померлих	933	834	852	-81	91,32

За 2017 р. народилось 651 дитина, що на 3 дитини менше ніж в 2016 році. За 2018 р. народилось 406 дітей, це на 161 дитину менше ніж у минулому році. За 2019 р. в пологовому відділенні КНП «Шаргородська ЦРЛ» народилося - 304 дитини. Середньорічна народжуваність по району- 394.

У 2017 році померло 933 особи, це на 36 менше ніж у минулому році. Природний приріст по району має від'ємне значення (- 5,58). Показник смертності в 2017 році складає 16,13 %. У 2018 році померло 834 особи, на 11 осіб менше ніж у минулому році. За 2018 рік смертність дітей до 1-го року життя складає 15,4% (померло 8 дітей), за минулий рік 5,2 (померло 3 дитини). Пренатальна смертність у 2018 році склала - 6,5% (1 мертвонароджений) . У 2017 році склала 8,2% (3 мертвонароджені дитини).

Шаргородська РЦЛ має у своєму складі консультативно-поліклінічне відділення та стаціонар.

Амбулаторно-поліклінічне відділення в своєму складі має

- жіночу консультацію, в складі якої функціонують кабінети: прийом гінекологічних та вагітних жінок; кабінет планування сім'ї; кабінет дитячого гінеколога; школа відповідального батьківства; операційна, де проводяться операції;

- клініко-діагностичну лабораторію;
- кабінет рентген-діагностичних досліджень;
- кабінету функціональної діагностики;
- фізіотерапевтичний кабінет;
- кабінет ЛФК;
- ендоскопічний кабінет;
- кабінет ультразвукової діагностики
- відділення трансфузіології.

В амбулаторно-поліклінічному відділенні з метою раціонального використання ліжкового фонду проводять малі оперативні втручання, які не потребують цілодобового нагляду.

Стаціонарна допомога надається в стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації. Профіль ліжок Шаргородської ЦРЛ такий: терапевтичне відділення – 50 ліжок, хірургічне відділення – 40 ліжок, із них: 25 хірургічних ліжка, 3 – ЛОР ліжка, 12 – травматологічні ліжка; акушерсько-гінекологічне відділення – 30 ліжок, із них: 10 – пологових ліжок, 8 ліжок – патології вагітних, 12 – гінекологічних ліжок; інфекційне відділення для дорослих – 10 ліжок; інфекційне відділення для дітей – 10 ліжок; педіатричне відділення – 15 ліжок; неврологічне відділення – 30 ліжок; - відділення ЕНМД – 8 ліжок. Разом – 193 ліжка. Відділення АІТ – 6 ліжок.

Основні показники діяльності наведено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Основні показники діяльності Шаргородської РЦЛ

Показники	Роки			Відхилення	Темп зміни, %
	2017	2018	2019		
Кількість лікарів	70	69	64	-6	91,43
Питома вага атестованих лікарів, %	74,6	66,1	65	-9,6	87,13
Кількість населення регіону	57 842	56 549	55 997	-1845	96,81
Бюджет, тис.грн	20 800	31 315,9	41 804,34	21 004,3	200,98
Амбулаторно-поліклінічне відділення					
Кількість викликів на періодичні огляди	237 832	197 195	162 562	-75 270	68,35
Кількість операцій, проведених в амбулаторно-поліклінічному закладі (підрозділі), усього	4 166	3 951	3 990	-176	95,78
Кількість клініко-діагностичних досліджень	522 235	576 892	583 337	61 102	111,70
Кількість рентген-діагностичних досліджень	19 601	19 973	21 494	1 893	109,66
Кількість досліджень кабінету функціональної діагностики	15 604	15 458	13 747	-1 857	88,10
Число відпущених процедур фізіотерапевтичного кабінету	81 654	63 593	44 690	-36 964	54,73
Число відпущених процедур ЛФК кабінету	18 280	13 614	13 040	-5 240	71,33
Кількість досліджень кабінету ультразвукової діагностики	21 114	22 906	25 044	3 930	118,61
Результати роботи відділення трансфузіології (заготовлено і перероблено крові консервованої), літри	218,9	191,7	422	203,1	192,78
Стаціонарна допомога					
Кількість ліжок	210	210	193	-17	91,90
Кількість пролікованих хворих	8 331	8 479	8 151	-180	97,84
Оборот ліжка	41,3	42,8	39	-2,3	94,43
Хірургічна активність	53,5	55,1	56	2,5	104,67
Забезпеченість ліжками на 10 000 населення	36,5	37,1	37,1	0,6	101,64
Рівень госпіталізації на 1 000 населення	145,9	151,5	148,3	2,4	101,64

Станом на 01.01.2020 року в ЦРЛ працює 64 лікарів, 183 середнього мед. персоналу, 109 – молодшого та 98 іншого персоналу. Всього 458 осіб. Кількість зареєстрованих 491,75 посади, зайнято – 478,25. Щороку

знижується питома вага атестованих лікарів. Кількість населення регіону, що обслуговує Шаргородська РЦЛ також знижується, однак нижчими темпами ніж кількість лікарів. Обсяги фінансування щороку зростають.

Загальний аналіз діяльності амбулаторно-поліклінічного відділення показав, що відбувається загальне скорочення кількості викликів на періодичні огляди, кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні Шаргородської РЦЛ, числа відпущених процедур фізіотерапевтичного кабінету та ЛФК кабінету. За період дослідження зменшення кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні становить 176 операцій, тобто зниження на 4,22%. Протягом 2017-2019 років зростає кількість клініко-діагностичних, рентген-діагностичних досліджень, кількість досліджень кабінету ультразвукової діагностики.

Обсяги надання стаціонарної допомоги також зменшуються. Протягом періоду дослідження відбулось зменшення кількості ліжок на 8,1%, як результат кількість пролікованих хворих також зменшується. Незначне зростання показує рівень забезпеченості ліжками на 10 000 населення (101,6%).

Актуальною проблемою галузі охорони здоров'я району на вторинному рівні залишається кадрове забезпечення медичними працівниками, зокрема лікарями (таблиця 2.3).

Станом на 01. січня. 2018 року в ЦРЛ працювало 70 лікарів, 192 осіб середнього медичного персоналу, 110 – молодшого та 98 іншого. Всього 470 осіб. Кількість зареєстрованих посад 483,5, з них лікарських – 88,75

Серед лікарів мають:

Вищу кваліфікаційну категорію – 26

I кваліфікаційну категорію – 20

II кваліфікаційну категорію – 7

Всього атестовано – 74,6% лікарів.

Таблиця 2.3 – Кадрове забезпечення Шаргородської ЦРЛ

Показники	Роки			Відхилення	Темп зміни, %
	2017	2018	2019		
Лікарі, в т. ч.	70	69	64	-6	91,43
Вищої кваліфікаційної категорії	26	25	24	-2	92,31
І кваліфікаційної категорії	20	15	14	-6	70,00
II кваліфікаційної категорії	7	5	5	-2	71,43
Питома вага атестованих лікарів. %	74,6	66,1	65	-9,6	87,13
Середній медичний персонал, в т.ч.	192	183	183	-9	95,31
Вищої кваліфікаційної категорії	125	123	123	-2	98,40
І кваліфікаційної категорії	19	18	18	-1	94,74
II кваліфікаційної категорії	16	17	17	1	106,25
Питома вага атестованого медичного персоналу, %	73,3	71	71	-2,3	96,86
Молодший медичний персонал	110	109	109	-1	99,09
Інші	98	98	98	0	100,00

Серед середніх медичних працівників мають:

Вищу кваліфікаційну категорію – 125

І кваліфікаційну категорію – 19

II кваліфікаційну категорію – 16

% атестації в цілому – 73,3% .

Серед працюючих в ЦРЛ лікарів пенсійного віку – 21 чоловік – 29,5%.

Станом на 01.01.2019 року в ЦРЛ працює 69 лікарів, 183 осіб середнього медичного персоналу, 109– молодшого та 98 іншого. Всього 458 осіб. Кількість зареєстрованих 491,7 посад. Зайнято 84,25 посад .

Серед лікарів мають:

Вищу кваліфікаційну категорію – 25

І кваліфікаційну категорію – 15

II кваліфікаційну категорію – 5

Всього атестовано – 66,1 лікарів.

Станом на 01.01.2020 року в ЦРЛ працює 64 лікарів, 183 середнього мед. персоналу, 109 – молодшого та 98 іншого персоналу. Всього 458 осіб. Кількість зареєстрованих 491,75 посади, зайнято – 478,25.

В заклад щорічно приходять молоді фахівці. На сьогодні навчаються 14 лікарів – інтернів (3 анестезіолога, 4 акушер-гінеколога, лікар ЕНМД, 1 лікар-уролог, 2 лікаря-хірурга, 2 лікаря-педіатра, 1 терапевт) та працює 5 молодих спеціалістів (2 травматолога, 1 уролог, 1 дитячий анестезіолог, лікар ВЕНМД). Медичні працівники проходять курси підвищення кваліфікації та отримують відповідну кваліфікаційну категорію.

Серед працюючих в ЦРЛ лікарів пенсійного віку – 21 чоловік, що складає 22,6%.

На сьогодні в ЦРЛ вакантні посади лікарів.

- лікар-терапевт – 2,25 посади
- лікаря-ревматолога – 0,5 посади
- лікаря-отоларинголога – 0,5 посади
- лікаря-фтизіатра – 0,5 посади
- лікаря – психіатра – 0,5 посади
- лікаря акушер-гінеколога – 0,75 посади
- лікаря – лаборанта – 2,0 посади.
- лікар –стоматолог-1,0 посади.
- лікар-невропатолог-0,5 посади
- лікар-хірург-0,5

2.2 Аналіз якості роботи амбулаторно-поліклінічного відділення

Основна робота консультативно-поліклінічного відділення Шаргородської ЦРЛ – надання якісної спеціалізованої медичної допомоги хворим, періодичний огляд диспансерних хворих, якісне проведення

профілактичних оглядів населення. Щомісячно вузькі спеціалісти подають списки хворих диспансерної групи в ЦПМСД для виклику на періодичні огляди. Потужність поліклінічного відділення складає 375 відвідувань у зміну.

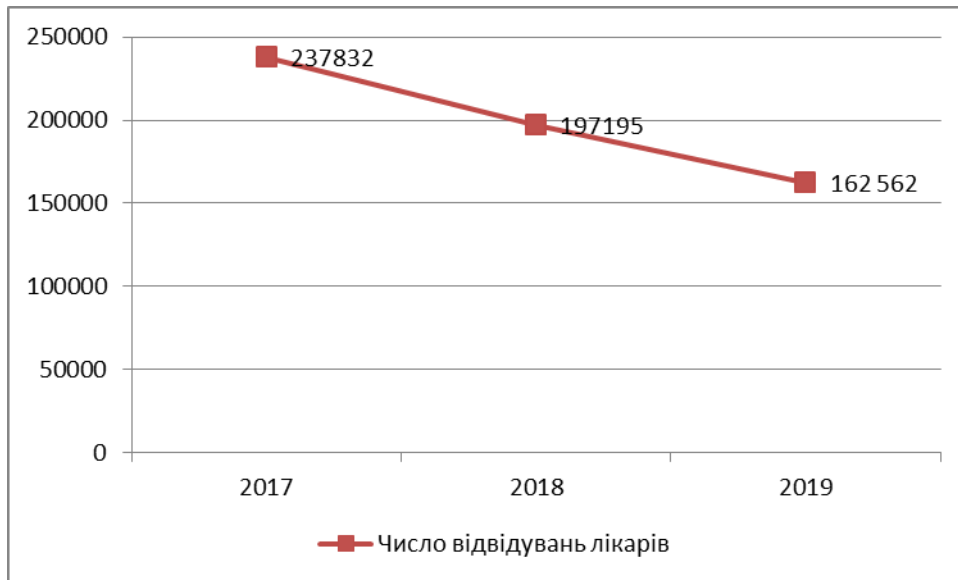


Рисунок 2.1 – Динаміка викликів на періодичні огляди консультативно-поліклінічного відділення Шаргородської ЦРЛ

В амбулаторно-поліклінічному відділенні з метою раціонального використання ліжкового фонду проводять малі оперативні втручання, які не потребують цілодобового нагляду. Кількість операцій, проведених в амбулаторно-поліклінічному закладі Шаргородської РЦЛ наведено у таблиці 2.4, рис. 2.2

Як бачимо з таблиці 2.4 відбувається загальне скорочення кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні Шаргородської РЦЛ. За період дослідження зменшення становить 176 операцій, тобто зниження на 4,22%. Найбільше скорочення відбулось за рахунок зменшення кількості операції на щелепо-лицьовій ділянці та ротовій порожнині (зменшення на 123) й операцій на сечостатевої системі (зменшення на 79). У шість разів збільшилась кількість операцій на вусі. Значно скоротилася кількість видалення зубів та коренів.

Жіноча консультація ЦРЛ забезпечена всім необхідним обладнанням, апаратурою, наглядною агітацією. Жіноча консультація знаходиться в типовому приміщенні, в складі якої функціонують кабінети:

- прийом гінекологічних та вагітних жінок;
- кабінет планування сім'ї;
- кабінет дитячого гінеколога;

Таблиця 2.4 - Кількість операцій, проведених в амбулаторно-поліклінічному закладі Шаргородської РЦЛ

Найменування операцій	Номер рядка	Кількість операцій, проведених в амбулаторно-поліклінічному закладі (підрозділі), усього			Відхилення, усього	Темп зміни, %
		2017	2018	2019		
Усього операцій	1.0	4166	3951	3990	-176	95,78
у тому числі:						
операції на органах зору	2.0	1 011	893	1 008	-3	99,70
операції на органах вуха, горла, носа	3.0	157	193	188	31	119,75
з них на вусі	3.1	15	105	90	75	600,00
операції на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині	4.0	129	4	6	-123	4,65
операції на сечостатевої системі	7.0	1 539	1 493	1 460	-79	94,87
з них операції на жіночих статевих органах	7.1	1 358	1 355	1 285	-73	94,62
операції на кістково-м'язовій системі	8.0	301	324	303	2	100,66
операції на шкірі та підшкірній клітковині	10.0	1 008	1 028	1 018	10	100,99
інші	11.0	21	16	13	-8	61,90
Крім того, видалення зубів та коренів	12.0	8 147	75	80	-8067	0,98

- школа відповідального батьківства;
- операційна, де проводяться малі операції.

В жіночій консультації ведеться прегравідарна підготовка подружніх пар до вагітності.

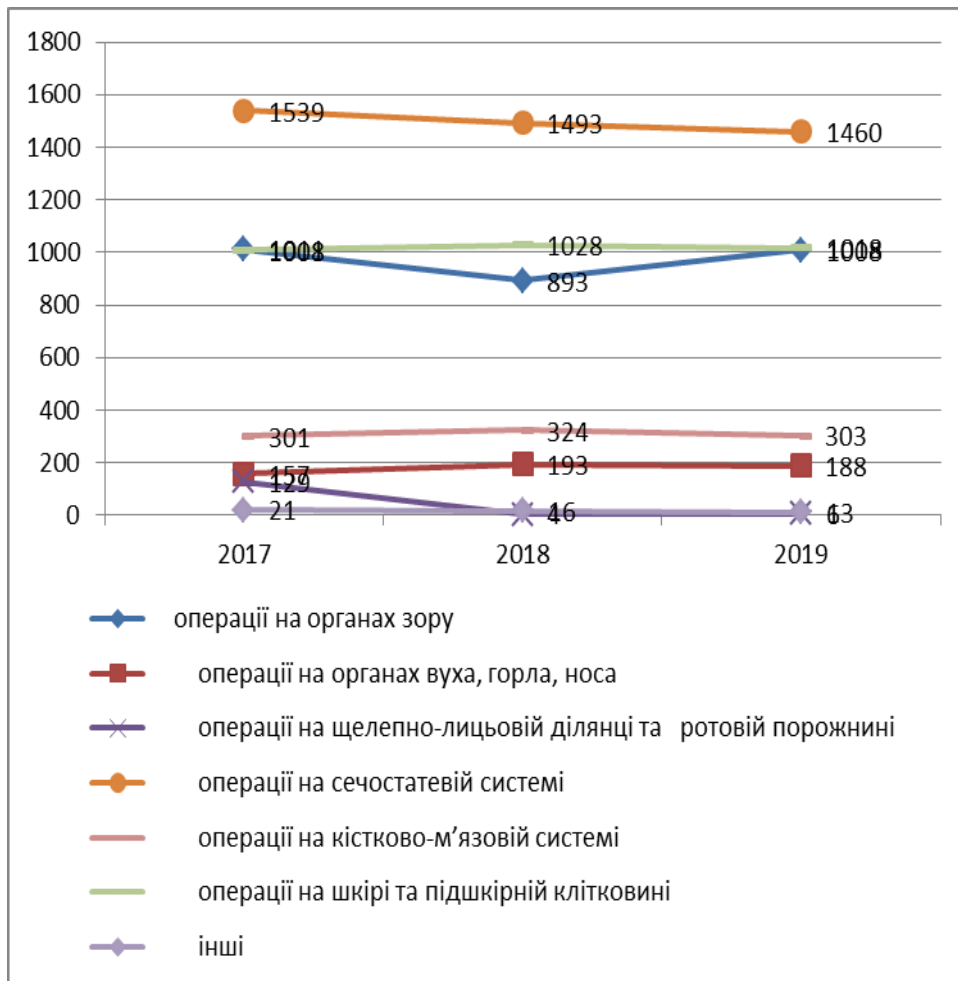


Рисунок 2.2 – Динаміка кількості операцій, проведених в амбулаторно-поліклінічному закладі Шаргородської РЦЛ за видами, од

Клініко-діагностична лабораторія оснащена обладнанням та апаратурою згідно табеля оснащення. Функціонує цілодобовий пост лабораторії в відділенні анестезіології й інтенсивної терапії. КДЛ забезпечена в повному обсязі хімічними реактивами. Лаборанти КДЛ працюють з

навантаженням 160%.

За 2018 рік проведено 576 892 досліджень, із них амбулаторним хворим 276 501 досліджень. За 2019 рік проведено 583337 досліджень, із них амбулаторним хворим 269 657 досліджень.

Таблиця 2.5 – Результати діяльності клініко-діагностичної лабораторії

Кількість досліджень	2017	2018	2019	Відхилення, усього	Темп зміни, %
Всього	522 235	576 892	583 337	61102	111,70
Загальних клінічних	182 243	213 088	154 609	-27634	84,84
Гематологічних	263 915	280 500	343 600	79 685	130,19
Цитологічних	354	91	92	-262	25,99
Біохімічних	50 801	62 250	63 508	12707	125,01
Мікробіологічних	612	333	308	-304	50,33
Імунологічних	24 310	20 630	21 220	-3090	87,29

Структуру досліджень клініко-діагностичної лабораторії у 2019 році наведено на рисунку 2.3

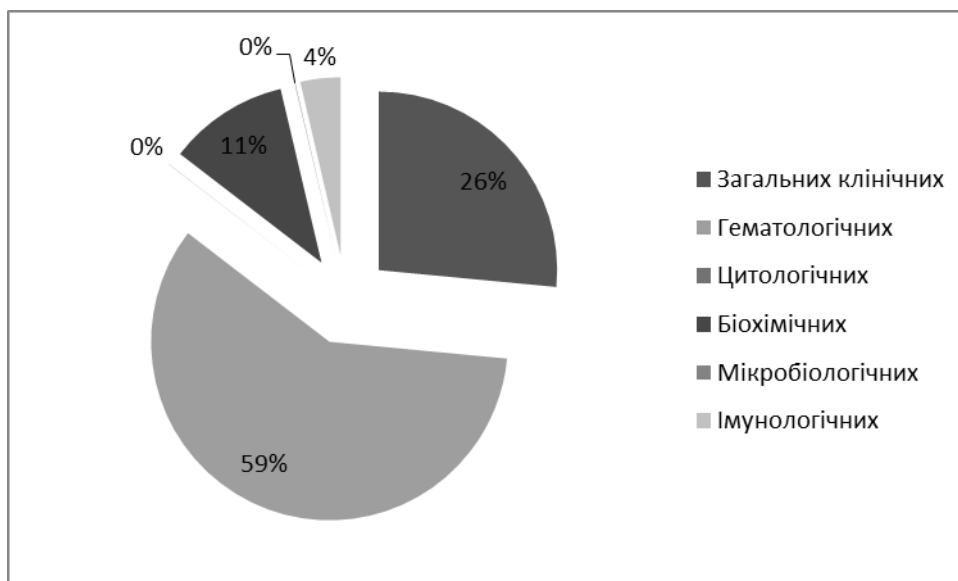


Рисунок 2.3 – Структура досліджень клініко-діагностичної лабораторії у 2019 році, %

В порівнянні з 2017 роком, кількість досліджень збільшилась на 11%. Найбільше зростання кількості гематологічних досліджень – загальне збільшення протягом 2017-2019 років становить 79 685 досліджень або 30%; збільшення біохімічних досліджень становило 12 707 од. або 25%. Суттєво скоротилися кількість цитологічних та мікробіологічних досліджень – зменшення на 75% та 50% відповідно.

В структурі амбулаторно-поліклінічного відділення проводиться рентген-діагностична робота (таблиця 2.6).

Таблиця 2.6 - Результати рентген-діагностичних досліджень

Рентген-діагностика	2017	2018	2019	Відхилення, усього	Темп зміни,
Всього	19 601	19 973	21 494	1893	109,66
Органів грудної клітки	7 304	8 356	8 326	1022	113,99
Органів травлення	846	858	866	20	102,36
Кістково - м'язової системи	9 637	8 894	10 437	800	108,30
Рентгенограм зубів	2 318	2 519	2 434	116	105,00
Інші	1 814	1 865	1 865	51	102,81
З профілактичною метою	46	46	48	2	104,35

Дані таблиці показують, що протягом 2017-2019 років зростає кількість рентген-діагностичних досліджень, зокрема: приріст 1 893 дослідження або 9,66%. Найбільший приріст досліджень припадає на рентген органів грудної клітки – приріст 13,99% та кістково-м'язової зони – приріст 8,3 %. Зростає кількість профілактичних досліджень – приріст 4,4%.

Структура рентген-діагностичних досліджень у 2019 році наведено на рис. 2.4.

Кількість флюорографії органів грудної клітки у 2018 році, усього – 24 260, у тому числі дітям віком 15-17 років включно – 1921. Кількість

флюорографії органів грудної клітки у 2019 році, усього – 19 685, у тому числі дітям віком 15-17 років включно – 1 946.

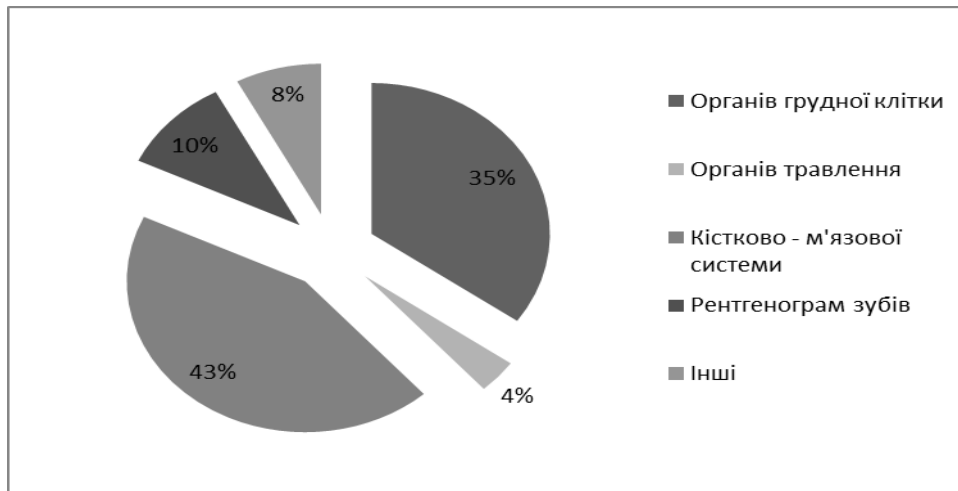


Рисунок 2.4 – Структура рентген-діагностичних досліджень у 2019 році, %

За 2018 рік при про оглядах виявлено 27 хворих на туберкульоз.

Одною із діагностичних структур поліклінічного відділення є кабінет функціональної діагностики. Кількість досліджень залишається сталою із року в рік (табл. 2.7).

Таблиця 2.7 - Результати діяльності кабінету функціональної діагностики

Показник	2017	2018	2019	Відхилення, усього	Темп зміни, %
Число обстежень	15604	15458	13 747	-1 857	88,10
В т.ч. поліклініці і	9218	9200	6025	-3 193	65,36
Діти до 17 років	570	610	334	-236	58,60
В т.ч. в поліклініці і	570	610	334	-236	58,60
Всього досліджень	25207	25162	20 827	-4 380	82,62
В поліклініці	13613	13700	9 667	-3 946	71,01
ЕКГ досліджень	18549	18522	16 082	-2 467	86,70
На 1 стаціонарного	1,8	1,8	1,8	0	100,00

Також в структурі поліклінічного відділення працюють фізіотерапевтичний та ЛФК кабінети. З кожним роком зменшуються число осіб, які закінчили лікування в фізіотерапевтичному кабінеті (таблиця 2.8) – загальне скорочення 4 025 осіб, що становить 53% від базового періоду.

Таблиця 2.8 – Результати роботи фізіотерапевтичного кабінету

Показник	2017	2018	2019	Відхилення, усього	Темп зміни,
Число осіб, що закінчили лікування	8 654	6 964	4 629	-4 025	53,49
В т.ч. поліклініці і вдома	3 244	3 199	2580	-664	79,53
Діти до 17 років	1 324	1 416	1096	-228	82,78
В т.ч. поліклініці і вдома	658	760	553	-105	84,04
Число відпущених процедур	81 654	63 593	44 690	-36 964	54,73
Амбулаторним хворим	21 957	29 714	25 058	3101	114,12

Скорочується також число відпущених процедур, зокрема зменшення на 36,9 тис процедур або на 45,3%. Зростання показує кількість відпущених процедур амбулаторним хворим.

Таблиця 2.9 – Результати роботи ЛФК кабінету

Показник	2017	2018	2019	Відхилення, усього	Темп зміни, %
Число осіб, що закінчили лікування	2389	1744	1657	-732	69,36
В т.ч. поліклініці і вдома	1312	774	763	-549	58,16
Діти до 17 років	616	467	547	-69	88,80
В т.ч. в поліклініці і вдома	541	371	430	-111	79,48
Число відпущених процедур	18280	13614	13040	-5240	71,33
В поліклініці	12005	7422	7550	-4455	62,89

В лікарні зменшилась активність роботи кабінету лікувальної фізкультури по числу осіб та відпущених процедур.

Результати роботи ендоскопічного кабінету наведено в таблиці 2.10. Ендоскопічний кабінет оснащений апаратурою:

Вся апаратура, за допомогою якої проводять обстеження, діюча.

Таблиця 2.10 – Динаміка ендоскопічних досліджень

Найменування	2018	2019	у тому числі:					
			Езофагогаст- родуоденоскопії		Колоноскопії		Бронхоскопії	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019
Кількість ендоскопічних досліджень, усього	1052	1110	1015	1030	24	2	13	78
у тому числі діагностичні	902	971	866	895	24	2	12	74
ендоскопічні маніпуляції	134	126	133	122	-		1	4
з них з узяттям матеріалу на цитоморфологічне дослідження	118	113	117	109	-		1	4
ендоскопічні операції	16	13	16	13	-		-	
Кількість хворих з уперше виявленою онкопатологією	17	13	13	13	4		-	

В складі консультативно-поліклінічного відділення функціонує кабінет ультразвукової діагностики, де проводяться обстеження на 2-х УЗД апаратах. Кількість обстежень збільшилась в 0,5 раза в порівнянні з 2017 роком (табл. 2.11).

Таблиця 2.11 - Результати роботи кабінету ультразвукової діагностики

Найменування дослідження	2017	2018	2019	Відхилення, усього	Темп зміни, %
Всього	21114	22906	25044	3930	118,61
Органів черевної	12065	13774	15332	3267	127,08
Жіночих статевих органів	3445	2910	3548	103	102,99
Під час вагітності	1626	1313	1680	54	103,32
До 22 тижнів вагітності	651	531	649	-2	99,69
Виявлено вад розвитку	2	2	3	1	150,00
Дослідження нирок	5120	5414	5204	84	101,64
Інші дослідження	299	498	960	661	321,07

В складі амбулаторно-консультативного відділення функціонує кабінет «Довіра». Кабінет «Довіра» є спеціалізованим підрозділом Шаргородської ЦРЛ для надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ-інфекцією.

В кабінеті проводиться безкоштовне консультування та тестування пацієнтів, діагностика та лікування опортуністичних інфекцій, організація та забезпечення пост контактної профілактики, в тому числі і під час виконання професійних обов'язків, організаційно-методична та консультативна робота, надання консультацій хворим з підозрою на особливо небезпечні хвороби.

Адміністрація Шаргородської ЦРЛ заключила договір з ВОВ БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть ВІЛ/СНІД» з метою діагностики отримання швидких тестів. У 2018 році було обстежено 150 осіб за допомогою швидких тестів, із них з позитивним результатом 4 осіб; у 2019 році обстежено 108 осіб за допомогою швидких тестів, із них 6 позитивних результатів.

Щорічно на засіданнях медичної ради і науково-практичних конференціях розглядається питання профілактики і діагностики захворювань на СНІД. Проводяться заняття з медичним персоналом з послідуочим прийняттям заліку.

На наявність ВІЛ-інфекції, СНІД обстежуються донори (100%), а також

особи, які хворіють на венеричні захворювання. Всі медичні працівники, які в силу своєї професійної діяльності можуть заразитися ВІЛ-інфекцією застраховані.

Відмічається тенденція до зростання захворювання інфекційними захворюваннями, в тому числі вірусним гепатитом.

Надзвичайно актуальним в останні роки стало питання по виявленню і лікуванню туберкульозу. Зазначена хвороба характеризується затяжним перебігом, важкими ускладненнями, ранньою інвалідністю, часто призводить до летального випадку.

В районі систематично проводяться засідання протитуберкульозної комісії, де детально розглядаються всі випадки захворюваності на туберкульоз. Питання протитуберкульозної допомоги щорічно розглядається на засіданнях медичної ради і науково-практичних конференціях, заняттях середнього медичного персоналу.

За останні три роки значно збільшилась кількість захворювань онко патологією. Якщо раніше онко патологічними захворюваннями хворіли люди 50 – 60 років і старші, то тепер хворіють люди середнього та молодого віку.

Все частіше онкопатологія виявляється у дітей і підлітків. Але хворим можна допомогти тільки в разі виявлення патології на ранній стадії. Тому в районі проводиться систематична і планомірна робота по підвищенню якості онко профілактичних оглядів серед населення. Постійно проводяться заняття з лікарями, медичними сестрами по проведенню профоглядів. Щорічно проводяться медичні ради, де розглядається стан онкологічної допомоги населенню та виконання обласної програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на період 2017 – 2021 рр.». Розглядаються занедбані випадки, несвоєчасне звернення хворих на засіданнях протиракової комісії. Щорічно питання діагностики, обстеження, лікування онкологічних захворювань розглядаються на науково-практичних конференціях, що безумовно дає позитивні наслідки.

Відділення трансфузіології є допоміжною ланкою надання хірургічної

допомоги населенню. Результати роботи відділення трансфузіології наведено в таблиці 2.12.

В 2014 році відділення трансфузіології отримало безстрокову ліцензію на заготівлю та переробку донорської крові.

Таблиця 2.12 – Результати роботи відділення трансфузіології, літри

	2017	2018	2018	Відхилення, усього	Темп зміни, %
Заготовлено і перероблено крові	218,9	191,7	422	203,1	192,78
Виготовлено:					
- еритроцитів	98,9	91,8	92,8	-6,1	93,83
- ПСЗ	84,5	77,9	71,7	-12,8	84,85
Кількість хворих, яким проведено переливання:					
- компонентів крові	580	538	430	-150	74,14
- препаратів крові	2	5	6	4	300
Перелито літрів:					
- компонентів крові (еритроцитів + ПСЗ)	156,9	140,0	133	-23,9	84,77

Дані таблиці 2.12 показують, що зростають обсяги роботи відділення трансфузіології. За період 2017-2019 рр заготовлено і перероблено крові на 203 літри більше, темп зростання 192,8%. Поряд з цим зменшуються обсяги виготовлення еритроцитів, ПСЗ та кількість хворих, яким проведено переливання крові.

2.3. Аналіз ефективності діяльності стаціонару ЦРЛ

За 2019 рік стаціонарну допомогу отримало 6050 хворих.

В 2018 році отримали допомогу 8479 хворих. В 2017 році стаціонарну допомогу отримало 8331 хворий.

В 2019 році профіль ліжок ЦРЛ такий:

- терапевтичне відділення – 50 ліжок,
- хірургічне відділення – 40 ліжок, із них: 25 хірургічних ліжка, 3 – ЛОР ліжка, 12 – травматологічні ліжка;
- акушерсько-гінекологічне відділення – 30 ліжок, із них: 10 – пологових ліжок, 8 ліжок – патології вагітних, 12 – гінекологічних ліжок.
- інфекційне відділення для дорослих – 10 ліжок;
- інфекційне відділення для дітей – 10 ліжок;
- педіатричне відділення – 15 ліжок;
- неврологічне відділення – 30 ліжок;
- відділення ЕНМД – 8 ліжок.
- Разом – 193 ліжка;
- відділення АІТ – 6 ліжок.

Дані таблиці 2.13 показують, що за останній період зменшилась кількість хворих в стаціонарі, зокрема суттєво знизилась кількість хворих на інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби крові, вуха, дихання, травлення. Поряд з цим зростає кількість хвороб ендокринної системи, системи кровообігу, розлади психіки та поведінки, сечо-статевої системи тощо

Таблиця 2.13 - Склад хворих в стаціонарі по нозологіям

Показники	2018		2019	
	Проліковано хворих	Проведено ліжко-днів	Проліковано хворих	Проведено ліжко-днів
Всього	8479	65713	8006	59523
Інфекційні та паразитарні хвороби	566	4212	331	2404
Новоутворення	141	1004	148	1097
Хвороби крові	11	116	8	66
Хвороби ендокринної системи	129	1291	231	1329
Розлади психіки та поведінки	98	432	125	455
Хвороби нервової системи	434	3538	414	2806
Хвороби ока	3	32	1	11
Хвороби вуха	26	226	17	129
Хвороби системи кровообігу	2696	24364	2817	23590
Хвороби дихання	1347	10196	1273	9396
Хвороби травлення	813	6306	767	5533
Хвороби шкіри	63	469	77	590
Хвороби кістково-м'язевої системи	108	1024	112	939
Хвороби сечо-статевої системи	477	2753	491	2758
Вагітність	849	4833	763	4348
Окремі стани	13	45	10	75
Уроджені аномалії	18	126	23	141
Симптоми, ознаки та відхилення	4	3	5	53
Травми і отруєння	532	4175	494	3793

Кісні показники діяльності стаціонару Шаргородської РЦЛ наведено у таблиці 2.14.

Забезпеченість ліжками становить 37,1 на 10 000 населення. Знижується кількість пролікованих хворих і, як результат, кількість ліжко-днів, оборот ліжка. Зайнятість ліжка зменшилась з 335,6 в 2017 році до 286 в 2019 році. Зменшуються середні терміни лікування.

Середній термін лікування в 2018 році склав – 7,7 дня, а в 2017 році – 8.1 дня.

Таблиця 2.14 - Діяльність стаціонару ЦРЛ та його якісні показники

Показники	2017	2018	2019	Відхилення, усього	Темп зміни, %
Кількість пролікованих хворих	8331	8479	8151	-180	97,84
Проведено ліжко-днів	67817	70468	59819	-7998	88,21
Оборот ліжка	41,3	42,8	39,0	-2,3	94,43
Робота ліжка в днях	335,6	330	286	-49,6	85,22
Середні терміни лікування	8,1	7,7	7,3	-0,8	90,12
% виконання	98,1	96,4	90,6	-7,5	92,35
Хірургічна активність	53,5	55,1	56,0	2,5	104,67
Післяопераційна летальність	0,4	0,3	0,3	-0,1	75,00
Кількість операцій	1499	1503	1568	69	104,60
% ургентних операцій	8,8	11,3	7,1	-1,7	80,68
Летальність	0,5	0,8	0,8	0,3	160,00
Забезпеченість ліжками на 10 000 населення	36,5	37,1	37,1	0,6	101,64
Рівень госпіталізації на 1 000 населення	145,9	151,5	148,3	2,4	101,64

Відсоток виконання ліжко-днів по лікарні склав –90,6 у 2019 році, 96,4% в 2018 році, в 2017 році – 98,1%.

За 2019 рік 59 лапароскопічних операцій в тому числі ,46 – холецистектомій

(10- гострих холитестомій, 36 –хронічних), лапароскопічних пластики гриж-5, колостомій при кишковій непрохідності-2, діагностичних лапароскопій 3.

За 2019 рік проведено 15 гінекологічних лапароскопічних операцій.

Хірургічна активність за 2019 рік склала 56%.

Хірургічна активність в 2018 році була 55,1%, а в 2017 році – 53,5%.

Слід відзначити, що велика частина операцій виконується в спеціалізованих установах на третинному рівні, таких як онкологічний диспансер, ендокринологічний диспансер, обласна лікарня ім. Пирогова, військовий госпіталь.

Важливою ланкою надання стаціонарної допомоги є хірургічна допомога. Хірургічне відділення ЦРЛ розраховано на 40 ліжок, із них: 25 – хірургічних, 12 – травматологічних, 3 – ЛОР. За 2019 рік прооперовано 1429 хворих, із них 799 – хірургічних, 182 – травматологічних, 54 – отоларингологічних.

Акушерсько-гінекологічне відділення ЦРЛ має у своєму складі 40 стаціонарних ліжок, із них:

пологові – 10

патології вагітних – 8

гінекологічних – 12

хірургічна активність по пологовому відділенні складає – 28.1%, по гінекологічному – 55,5%.

Проліковано 1088 гінекологічних хворих та породільну.

В пологовому відділенні за звітний період відбулось 307 пологів, народилася 307 дітей. Менша кількість пологів пов'язана з реконструкцією пологового відділення з липня 2017 року. Проведено в акушерсько-гінекологічному відділенні 471 оперативних втручань.

гінекологічних операцій-20.

Створено локальний протокол надання медичної допомоги при ГКС. Розроблений та затверджений алгоритм взаємодії ШМД, ЦПМСД та ЦРЛ. За 2019 рік в Шаргородській ЦРЛ проліковано хворі на інфарктів міокарду- 33. За 2018 рік зареєстровано 26 інфарктів міокарду, 23 проліковано в Шаргородській ЦРЛ, 3 особи померло.

Реформування медичної галузі передбачає формування маршруту пацієнта, порядок скерування на I, II та III рівень. Створено локальний протокол надання медичної допомоги при ГКС. Розроблений та

затверджений алгоритм взаємодії ШМД, ЦПМСД та ЦРЛ, потрібно створити єдиний інформаційний простір за допомогою комп'ютерної мережі.

2.4 Аналіз фінансового менеджменту

Фінансування. Бюджет на ЦРЛ на 2017 рік затверджено в сумі 20 800,0 тис. гривень. Протягом 2017 року додатково виділено медичної субвенції на 4 176 460 гривень. Уточнений бюджет на 2017 рік профінансований в повному обсязі. По бюджету розвитку профінансовано на 408 000.0 грн.

За 2018 рік бюджет складав - 31 315,90 тис. грн. Уточнений бюджет на 2018 рік профінансований в повному обсязі в сумі 42 168,118 тис. грн. З районного бюджету було виділено – 672 000 тис. грн., міська рада-90 000грн.

Бюджет на ЦРЛ на 2019 рік затверджено в сумі 44 000,0 тис. грн. (зі змінами 45 294.8 грн.), за 2018 рік бюджет склав 42 168,1 тис. грн.

Структура напрямів використання фінансових ресурсів за період 2017-2019 роки наведена у табл. 2.15.

Таблиця 2.15 – Структура фінансування ЦРЛ за 2017-2019 рр., %

Показники	Роки			Відхилення	Темп зміни, %
	2017	2018	2019		
Оплата праці	80,5	81,3	81,0	0,5	100,62
Медикаменти	2,6	3,9	4,2	1,6	161,54
Продукти харчування	2,0	2,0	2,0	0	100,00
Енергоносії	10,9	7,2	7,3	-3,6	66,97
Інші видатки	4,0	5,6	5,5	1,5	137,50
Разом	100	100	100	-	-

Як бачимо з таблиці 2.15 основу питому вагу витрат становить оплата праці, її величина майже незмінна щороку і становить близько 80%. Зростає питома вага коштів, витрачених на медикаменти, зменшується питома вага коштів на енергоносії.

Для забезпечення своєї діяльності та розвитку Шаргородська ЦРЛ залучає додаткові кошти з різних джерел, зокрема у 2019 році використовувались такі джерела коштів: медична субвенція, районний бюджет, спеціальний фонд, благодійна допомога, дотації (рис..2.5).

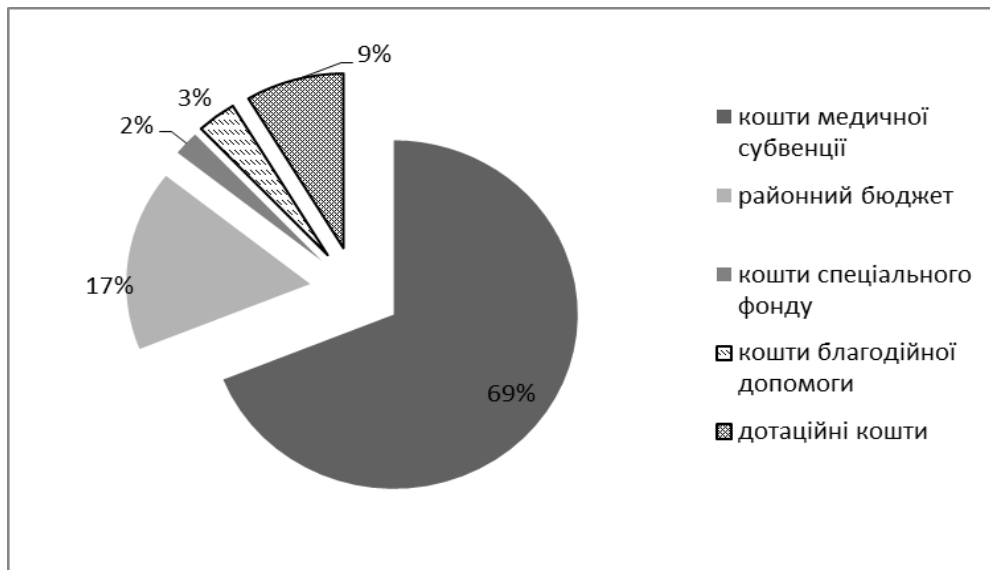


Рисунок 2.5 – Структура джерел фінансування Шаргородської ЦРЛ у 2019 році

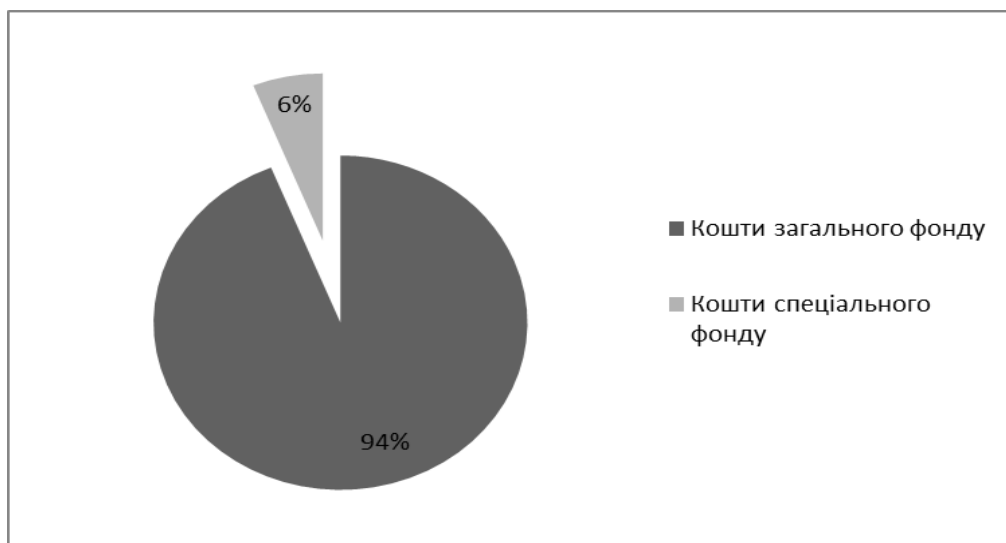


Рисунок 2.6 – Структура використання коштів Шаргородської ЦРЛ у 2019 році

В 2017 році завершено ремонт харчоблоку , освоєно 489000,00 грн. В 2017 році на харчоблоці ЦРЛ розпочато випічку хліба. Тістоміс, хліб опічки, форми подарували бізнесмени району. Це дозволяє економити 135 тис.грн. на рік.

Завершено ремонт відділення ЕНМД, обладнано кімнати плиткою, придбані нові меблі на суму 5 000,00 грн.

На реконструкцію пологового відділення Шаргородської ЦРЛ було виділено :

- 2018р з державного бюджету-3223700,
- 2017р з державного бюджету – 1800000 тис. грн
- 2018 з районного бюджету -3335900грн
- 2017 з районного бюджету – 1 299000 грн.

Зокрема на виготовлення проектно-кошторисної документації «Капітальний ремонт дитячого відділення Шаргородської РЦЛ»- 123 804,72 грн., на проектно-кошторисну документацію «Капітальний ремонт будівлі Шаргородської ЦРЛ»; з районного бюджету -160 830 грн . На виготовлення проектно-кошторисну документацію на «Блискавкозахист»-198 500 грн.

На капітальний ремонт будівлі ЦРЛ з районного бюджету -102 658 грн на заміну вікон у інфекційному відділенні. На капітальний ремонт дитячого відділення з державного бюджету виділено- 330 000 грн. За технагляд на «Реконструкцію пологового відділення» з районного бюджету- 44 070 грн.

У 2018 році закуплено офісної та комп'ютерної техніки з районного бюджету на суму - 363085грн.

Додатково придбано :

- Спідницю для рентген апарата – 10 005,23грн.
- Електрокоагулятор високочастотний зварювальний -80 000 грн
- Насос шприцевий - 3шт – 49 590 грн;
- Центрифуги лабораторні (2шт) – 62 452грн.

По програмі «Централізовані заходи з лікування хворих на цукровий діабет нецукровий діабет за 12 місяців 2018 року профінансовано 1 166

914.28грн. Додатково з районного бюджету – 150 000грн., субвенція -319 700грн. Благодійний фонд у 2018 році становив 235 000 грн.

Таблиця 2.16 - Отримано обладнання в 2019 році

Обладнання	Кількість	Сума тис.грн.	Вид коштів
Електрокардіограф "БІОМЕД" BE120	2	82,88	капітальні видатки
Ліжко лікарняне б/в		295,698	благодійна допомога
Автоматичний гематологічний аналізатор		229,6	капітальні видатки
Цифровий дерматоскоп		19,95	спец.кошти
Шприцевий насос "БІОМЕД"	4	61,398	капітальні видатки
Електрокардіограф "БІОМЕД"	2	50,88	капітальні видатки
Мікроскоп	2	21,66	капітальні видатки
Широкосмугастих лінійний датчик		270	капітальні видатки
Аналізатор сечі		31,5	благодійна допомога
Напівавтомат. 2-канальний коагулометр		72	капітальні видатки
Концентратор кисневий "БІОМЕД"	2	69,3	капітальні видатки
Офтальмоскоп		6,593	благодійна допомога
Монітор пацієнта "БІОМЕД" BM800A	4	140,36	капітальні видатки
Монітор артеріального тиску	1	29	капітальні видатки
Ноші медичні В 04		21	капітальні видатки
Резектоскоп		105	капітальні видатки
Фіброгастроскоп		392,99	капітальні видатки
Цистоскоп		55	капітальні видатки
Аналізатор електролітів		130,5	капітальні видатки
Шприцевий насос "БІОМЕД"	4	18,8	благодійна допомога

За 2019 рік виділено коштів з районного бюджету на капітальні видатки 2 965,3 тис. грн., а саме:

- 270,0 тис. грн. – на придбання датчиків до УЗД апарата;
- 653,8 тис. грн. – на придбання медичної апаратури;
- 1420,0 тис. грн. – завершено капітальний ремонт дитячого відділення та на придбання меблів для дитячого відділення – 51,5 тис. грн.;
- 1000,0 тис.грн. –на капітальний ремонт газових котлів;
- 692,0 тис. грн. – на продовження капітального ремонту пологового відділення;
- 680,0 тис. грн. – на програмне забезпечення медичної інформаційної системи (МІС);

- 460,0 тис. грн. - на придбання комп'ютерної техніки

Далі розглянемо витрати бюджету Шаргородської РЦЛ на 1-го хворого на добу – табл. 2.17, та динаміку витрат на медикаменти рис. 2.7.

Таблиця 2.17 – Витрати бюджету Шаргородської РЦЛ на 1-го хворого на добу

Витрати	2017	2018	2019	Відхилення	Темп зміни, %
На 1-го хворого на добу					
медикаменти	5,24	11,13	17,78	12,54	339,31
харчування	6,24	10,46	12,85	6,61	205,93
На 1-го учасника ВВВ					
медикаменти	40,11	65,12	71,95	31,84	179,38
харчування	41,85	57,83	67,31	25,46	160,84

У 2017 році грошові витрати бюджету на 1-го хворого на добу на медикаменти склали 5,24 грн. Це в основному гроші на дез. засоби, наркотики, спирт, кисень і незначна доля на медикаменти на невідкладну допомогу. На 1-го учасника ВВВ на медикаменти – 40,11 грн. У 2018 році грошові витрати бюджету на 1-го хворого на добу на медикаменти склали 11,13 грн. На 1-го учасника ВВВ на медикаменти – 65,12 грн. У 2019 році грошові витрати бюджету на 1-го хворого на добу на медикаменти склали 17,78 грн. На 1-го учасника ВВВ на медикаменти – 71,95 грн.

Грошові витрати бюджету на 1-го хворого на добу на харчування у 2017 році склали 6 грн. 24 коп., на 1-го УВВВ – 41 грн. 85 коп.. У 2018 році склали 10 грн. 46 коп., на 1-го УВВВ – 57 грн. 73 коп. У 2019 році склали 12 грн. 85 коп., на 1-го УВВВ – 60 грн. 31 коп.

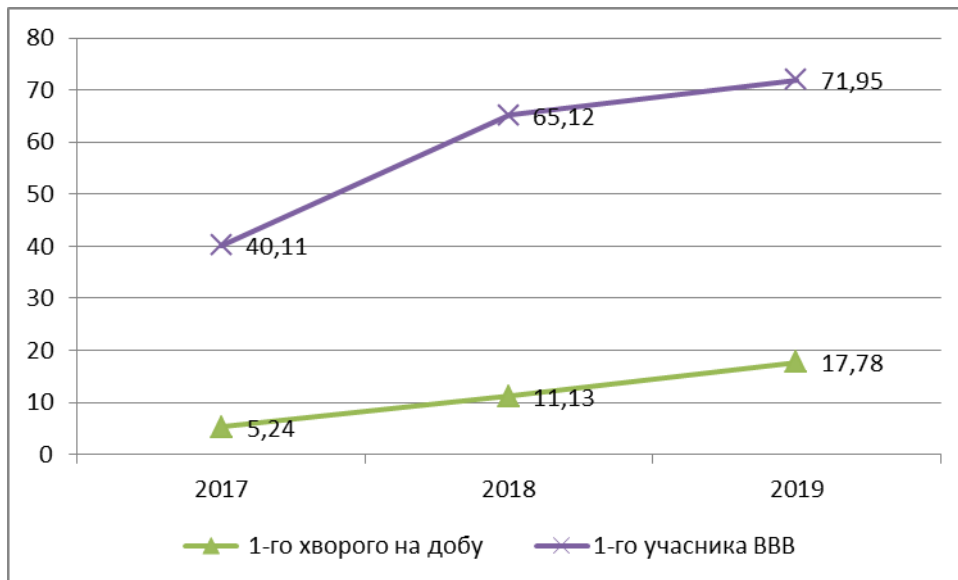


Рисунок 2.7 - Грошові витрати бюджету Шаргородської РЦЛ на медикаменти для 1-го хворого на добу

З метою покриття дефіциту коштів загального фонду ЦРЛ у 2019 році отримано додатково власних надходжень бюджету до спеціального фонду в сумі 2305,2 тис. грн., в тому числі в натуральній формі – 1246,0 тис. грн. У 2018 році отримано додатково власних надходжень бюджету до спеціального фонду в сумі 2807,4 тис. грн., в тому числі в натуральній формі – 2424,6 тис. грн.

В грудні місяці 2017 року завершено до оснащення котельні котлом на альтернативному виді палива.

Щороку РЦЛ має фінансування від райдержадміністрації. Додатково у 2017 році було виділено 150 000 грн. на медикаменти, 80 000 грн. на продукти і 240 000 грн. на матеріали та послуги, 50 000 грн. на бензин.

В 2018 році додатково було виділено 119000 грн. на медикаменти. На продукти 255 790 грн. на матеріали та послуги, 30 000 грн. на бензин, на зарплату і на нарахування на зарплату – 287 200 грн.

2.5 Стратегічний аналіз

Методологія SWOT/ PEST – аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища Шаргородської РЦЛ дозволить систематизувати вузлові напрями змін, що відбулись у галузі в сфері регулювання якості медичної допомоги, та взяти до уваги ті, які найістотніше впливають на діяльність закладу охорони здоров'я і на які потрібно адекватно реагувати його керівництву, для чого необхідно застосовувати стандартизовані технології управління.

Аналіз політичних факторів дозволив стверджувати, що в країні започатковано реформування галузі охорони здоров'я, набув розвитку приватний сектор медичних послуг, посилилось державне регулювання якості медичної допомоги.

Одночасно зберігалось обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, низький рівень мотивації медичних працівників до якісної роботи, значний внесок пацієнтів у функціонування галузі шляхом тіньової оплати ними медичного обслуговування на тлі загального погіршення економічного стану суспільства в умовах зростання цін на енергоносії та інфляційних процесів.

Незважаючи на складні соціально-політичні і економічні обставини, у відповідь на запити населення у діяльність галузі охорони здоров'я активно впроваджувались нові технології забезпечення якості медичної допомоги: нормативно-правове регулювання, стандартизація медичних технологій і ресурсного забезпечення, ліцензування і акредитація закладів охорони здоров'я, підвищення вимог до кваліфікації медичного персоналу.

Разом з тим виявлено, що нормативно-правове регулювання якості представлено у численних документах і часто змінюється, що ускладнює реалізацію їх вимог у закладах охорони здоров'я, а стандартизація медичних технологій відбувається уповільнено, що, в свою чергу, гальмує впровадження сучасних медичних технологій в професійну діяльність фахівців.

Вимоги ліцензування і акредитації частково дублюються, але разом з тим містять обмежений обсяг вимог до управлінських технологій і тим самим неповною мірою здатні підтвердити зацікавленим сторонам спроможність закладу охорони здоров'я надавати якісну медичну допомогу.

Таблиця 2.18 – Результати SWOT/ PEST – аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища Шаргородської РЦЛ

	Можливості	Загрози
Зовнішнє середовище	<p>1.Політичні:</p> <p>1.1.Реформування галузі охорони здоров'я.</p> <p>2.Економічні – надання більшої автономії закладам охорони здоров'я.</p> <p>3.Соціальні – відсутні.</p> <p>4. Технологічні.</p> <p>4.1. Створена система стандартів медичної допомоги, ресурсного забезпечення та умов її надання.</p> <p>4.2. Запроваджені і діють механізми ліцензування і акредитації</p> <p>4.3. Підвищені кваліфікаційні вимоги до фахівців галузі охорони здоров'я.</p> <p>4.4. Розроблена методична база створення медико технологічних документів.</p> <p>4.5. Створена організаційна структура моделі забезпечення якості медичної допомоги.</p>	<p>1.Політичні:</p> <p>1.1.Часті зміни правлячих партій. 1.2.Часті зміни керівництва галузі. 1.3.Посилення державного регулювання якості медичної допомоги.</p> <p>2.Економічні.</p> <p>2.1.Обмежене фінансування закладів охорони здоров'я. 2.2.Низький рівень мотивації медичних працівників до якісної праці.</p> <p>2.3.Значний внесок пацієнтів у функціонування галузі шляхом тіньової оплати ними медичного обслуговування.</p> <p>2.4.Загальне погіршення економічного стану суспільства в умовах зростання цін на енергоносії та інфляційних процесів.</p> <p>3. Соціальні.</p> <p>3.1.Погіршення медико-демографічної ситуації, пандемія. 3.2. Зростання вимог населення до якості медичної допомоги.</p> <p>4. Технологічні.</p> <p>4.1. Повільне створення медико-технологічних документів на доказовій базі.</p> <p>4.2. Умови ліцензування і стандарти акредитації не містять визнаних на міжнародному рівні вимог до функцій, методів і засобів управління якістю.</p> <p>4.3. Низький освітній рівень фахівців з питань якості медичної допомоги.</p> <p>4.4. Обмежена методична база технологій управління якістю.</p>

	Сильні сторони	Слабкі сторони
Внутрішнє середовище	<p>Наявні інфраструктура і робоче середовище.</p> <p>Трудовий потенціал – здібності медичного персоналу до навчання, засвоєння і використання нових лікувально-діагностичних і організаційних технологій</p> <p>Можливості підвищення рівня матеріальної і нематеріальної мотивації співробітників до якісної праці.</p> <p>Можливості формалізації взаємодії з партнерами – постачальниками медичних технологій.</p> <p>Можливості покращити зовнішню і внутрішню координацію діяльності.</p>	<p>Відсутність організаційної структури, спроможної підтримувати адекватне інформаційне забезпечення прийняття управлінських рішень з покращення якості</p> <p>Обмежені кадрові, фінансові, матеріально-технічні, інформаційні, технологічні ресурси, засоби автоматизації руху інформації.</p> <p>Низький рівень організації післядипломного навчання на робочих місцях з питань якості медичної допомоги.</p> <p>Відсутнє широке залучення співробітників до управління якістю медичної допомоги.</p> <p>Низький рівень мотивації співробітників до якісної праці.</p> <p>Низький рівень впровадження інновацій у організацію медичної допомоги.</p>

Аналіз основних внутрішніх факторів Шаргородської РЦЛ показав обмеженість наявних ресурсів: кадрових, матеріально-технічних, фінансових, інформаційних, технологічних. Наявний медичний персонал РЦЛ зі значним досвідом професійної діяльності і підтвердженим, за даними атестації, високим кваліфікаційним рівнем спроможний певною мірою компенсувати недостатню чисельність кадрів та оволодіти у необхідному обсязі додатковими знаннями і компетенціями з питань якості медичної допомоги в разі відповідної певним вимогам (стандартам) організації навчання як у закладі охорони здоров'я, так й у закладах післядипломної освіти. Шаргородська РЦЛ має підготовлений персонал, який усвідомлює важливість якісного виконання завдань і інноваційної діяльності, спроможний брати участь в управлінні якістю медичної допомоги, для чого керівникові необхідно здійснити відповідний перерозподіл функцій в системі, встановити нові зв'язки й визначити сфери відповідальності. Залучення значної кількості персоналу до управління якістю може стати не лише джерелом додаткового інформаційного забезпечення керівника, але й

значним важелем нематеріального заохочення в умовах низького рівня матеріального стимулювання співробітників.

Основні завдання та заходи розвитку Шаргородської РЦЛ на 2021 рік:

22. Забезпечити належний рівень матеріально-технічної бази закладу:

- розпочати капітальний ремонт операційного блоку;
- привести відділення ЕНМД у відповідність до вимог наказу МОЗ №370 від 01.10.2009 р. «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги»
- придбати автотранспорт для транспортування хворих до закладів ОЗ III рівня;
- сформувати оптимальний штатний розпис закладу з врахуванням обсягу надання медичних послуг, вирішення питання оптимізації ліжок до 01.11.2020 року;
- залучити молоді кадри (лікарі, медичні сестри);
- оснастити сучасними засобами у сфері інформаційно-телекомунікаційних технологій та підключення до мережі Інтернет;
- впровадити інформаційно-програмного забезпечення для електронної системи реєстрації та обміну медичною інформацією;
- підписання договору з НСЗУ (Національна Служба Здоров'я України);
- впровадити новітні технології у лікувально-діагностичний процес;
- впровадити сучасні ресурсозберігаючі медичні технології, протоколи діагностики та лікування (стандарти), залежно від рівня лікувально-діагностичного процесу на етапі надання медичної допомоги;
- зробити капітальний ремонт відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- завершити реконструкцію пологового відділення;
- залучити 30 МІС для лікарів;

- розпочати капітальний ремонт хірургічного відділення;
- придбати новий автомобіль для транспортування хворих.

2. Згідно таблицю оснащення необхідно:

- придбати переносний УЗД апарат із 3-ма датчиками експертного класу,
- придбати лужно-кислотний аналізатор,
- придбати кардіомонітори,
- придбати пер узори,
- придбати апарати для проведення наркозу експертного класу.

3. Забезпечити умови для якісного надання медичних послуг:

- визначити методику та організувати процес проведення внутрішнього аудиту для контролю якості медичної допомоги;
- розширити спектр клінічних індикаторів оцінки якості медичної допомоги;
- розпочати підготовчу роботу щодо створення системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000.

Висновки до розділу

Об'єктом дослідження другої частини дипломної роботи була Шаргородська ЦРЛ, що знаходиться у м. Шаргород Вінницької області. За період дослідження робота ЦРЛ проводилася згідно програмних документів стратегічного розвитку медичної галузі і спрямована на: профілактику та лікування серцево-судинних, судинно-мозкових захворювань; боротьбу з онкологічними захворюваннями, СНІДом, вірусними гепатитами; підтримання статусу «Лікарня доброзичлива до дитини»; забезпечення виконання завдань визначених програмою «Репродуктивне здоров'я»; забезпечення виконання комплексної програми «Цукровий діабет» лікування та профілактика ускладнень; забезпечення виконання «Програми протидії

захворювання на туберкульоз»; виконання програми «Здоров`я нації 2020»; виконання програми «Майбутнє Шаргородщини в збереженні здоров`я громадян».

Шаргородська РЦЛ має у своєму складі консультативно-поліклінічне відділення та стаціонар. Амбулаторно-поліклінічне відділення в своєму складі має: жіночу консультацію; клініко-діагностичну лабораторію; кабінет рентген-діагностичних досліджень; кабінет функціональної діагностики; фізіотерапевтичний кабінет; кабінет ЛФК; ендоскопічний кабінет; кабінет ультразвукової діагностики та відділення трансфузіології.

В амбулаторно-поліклінічному відділенні з метою раціонального використання ліжкового фонду проводять малі оперативні втручання, які не потребують цілодобового нагляду. Стаціонарна допомога надається в стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації. Основні показники діяльності Шаргородської РЦЛ наведено у таблиці.

Станом на 01.01.2020 року в ЦРЛ працює 64 лікарів, 183 середнього мед. персоналу, 109 – молодшого та 98 іншого персоналу. Всього 458 осіб. Кількість зареєстрованих 491,75 посади, зайнято – 478,25. Щороку знижується питома вага атестованих лікарів. Кількість населення регіону, що обслуговує Шаргородська РЦЛ також знижується, однак нижчими темпами ніж кількість лікарів. Обсяги фінансування щороку зростають.

Загальний аналіз діяльності амбулаторно-поліклінічного відділення показав, що відбувається загальне скорочення кількості викликів на періодичні огляди, кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні Шаргородської РЦЛ, числа відпущених процедур фізіотерапевтичного кабінету та ЛФК кабінету. За період дослідження зменшення кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні становить 176 операцій, тобто зниження на 4,22%. Протягом 2017-2019 років зростає кількість клініко-діагностичних, рентген-діагностичних

досліджень, кількість досліджень кабінету ультразвукової діагностики.

Обсяги надання стаціонарної допомоги також зменшуються. Протягом періоду дослідження відбулось зменшення кількості ліжок на 8,1%, як результат кількість пролікованих хворих також зменшується. Незначне зростання показує рівень забезпеченості ліжками на 10 000 населення (101,6%).

Для забезпечення якісної діяльності та розвитку Шаргородська ЦРЛ залучає додаткові кошти з різних джерел, зокрема у 2019 році використовувались такі джерела коштів: медична субвенція, районний бюджет, спеціальний фонд, благодійна допомога, дотації (рис.7). Щороку відбувається оновлення медичного обладнання, проводиться поточний та капітальний ремонт корпусів лікарні.

Результати SWOT/ PEST – аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища Шаргородської РЦЛ показали, що основними завданнями та заходами розвитку Шаргородської РЦЛ на 2021 рік мають бути: забезпечення належного рівня матеріально-технічної бази закладу та покращення умов для якісного надання медичних послуг (а саме: визначити методику та організувати процес проведення внутрішнього аудиту для контролю якості медичної допомоги; розширити спектр клінічних індикаторів оцінки якості медичної допомоги; розпочати підготовчу роботу щодо створення системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000).

3 СИСТЕМА ЗАХОДІВ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1 Організація внутрішнього аудиту як сучасної форми контролю якості медичної допомоги

Загальна система основних детермінант забезпечення якості медичної допомоги в ЗОЗ України складається з чотирьох груп факторів:

- 1) Ресурси: обсяг фінансування, медичні кадри, обладнання, умови надання медичної допомоги, ефективність використання ресурсів;
- 2) Управління - рівень держави: ліцензування, акредитація, стандартизація, зовнішній аудит, механізми фінансування, державне регулювання діяльності суб'єктів господарювання недержавних форм власності галузі здоров'я, уніфіковані клінічні протоколи, система мотивації, система навчання персоналу;
- 3) Управління – рівень закладу: стандартизація етапів надання медичної допомоги, технології лікування, локальні протоколи, механізм внутрішнього аудиту, формування сприятливого середовища, система мотивації, навчання персоналу;
- 4) Поведінка пацієнтів: відсутність відповідального ставлення до здоров'я, здорового способу життя, виконання призначень лікаря тощо.

Формування сукупності складових у системі управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ створює основу можливих напрямків покращення якості медичного обслуговування Шаргородської ЦРЛ.

На рис. 1.2 наведені результати побудови системи основних факторів забезпечення якості медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ. За допомогою діаграми Ісікави.

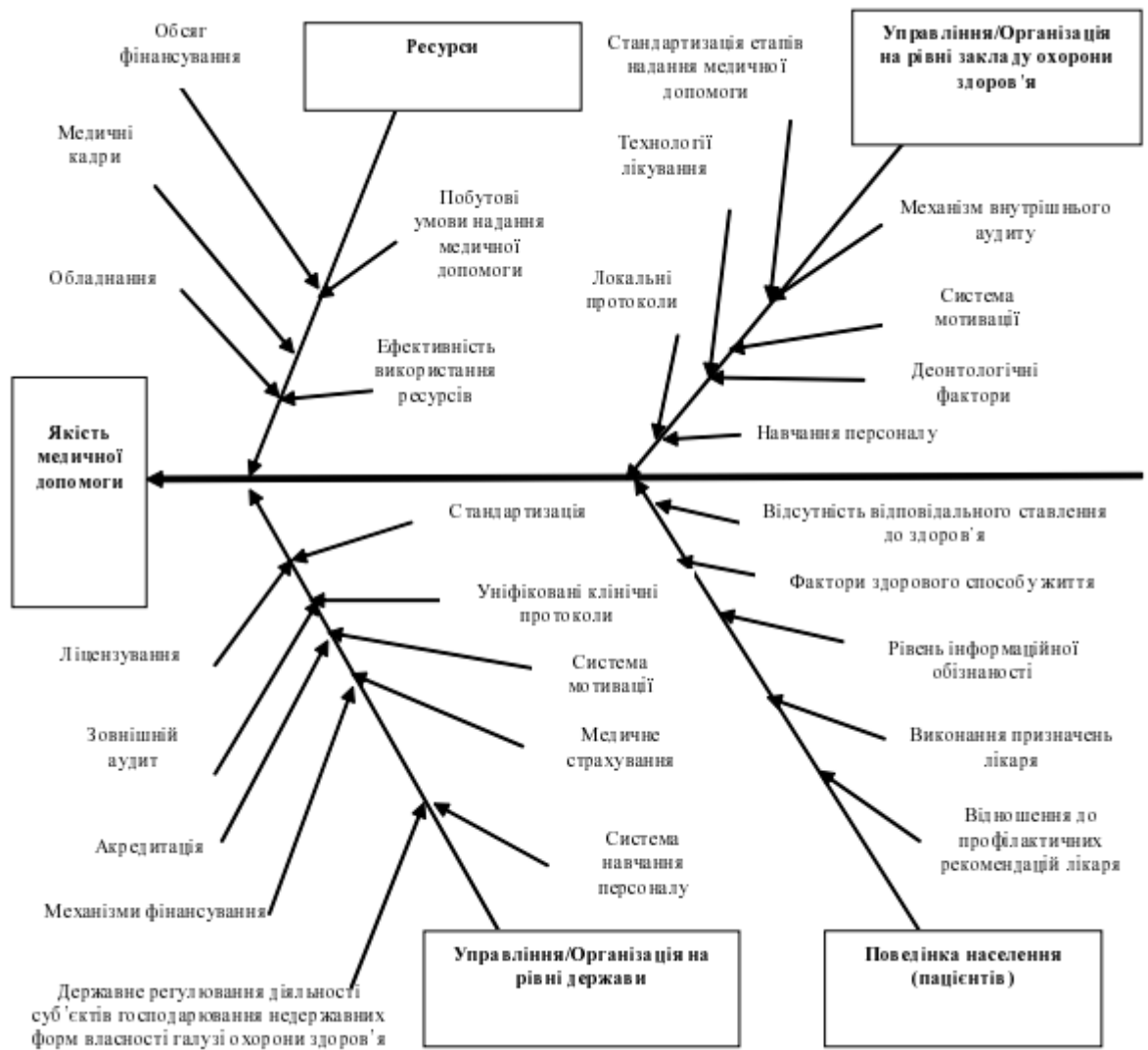


Рисунок 3.1 – Загальна система основних факторів забезпечення якості медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ

На сьогодні в Україні розвиваються процеси забезпечення якості в сфері охорони здоров'я. Так, впроваджений порядок контролю якості, який є вертикально-організованою функціональною системою, що включає усі рівні управління – від МОЗ до окремих лікувальних закладів; прийнята Галузева програма стандартизації медичної допомоги; розроблена Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини.

Сучасний економічний стан галузі унеможливує суттєве збільшення ресурсної складової підвищення якості медичного обслуговування, тому

актуальними є питання ефективного використання ресурсів. Впровадження системи управління якістю медичної допомоги на рівні є найактуальнішим і перспективним напрямком для швидких змін у покращенні якості медичного обслуговування Шаргородської ЦРЛ.

Нами пропонується організаційно-економічний механізм управління якістю медичної допомоги, який передбачає проведення циклічної оцінки якості медичних послуг у Шаргородській ЦРЛ й функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги (рис. 3.1).

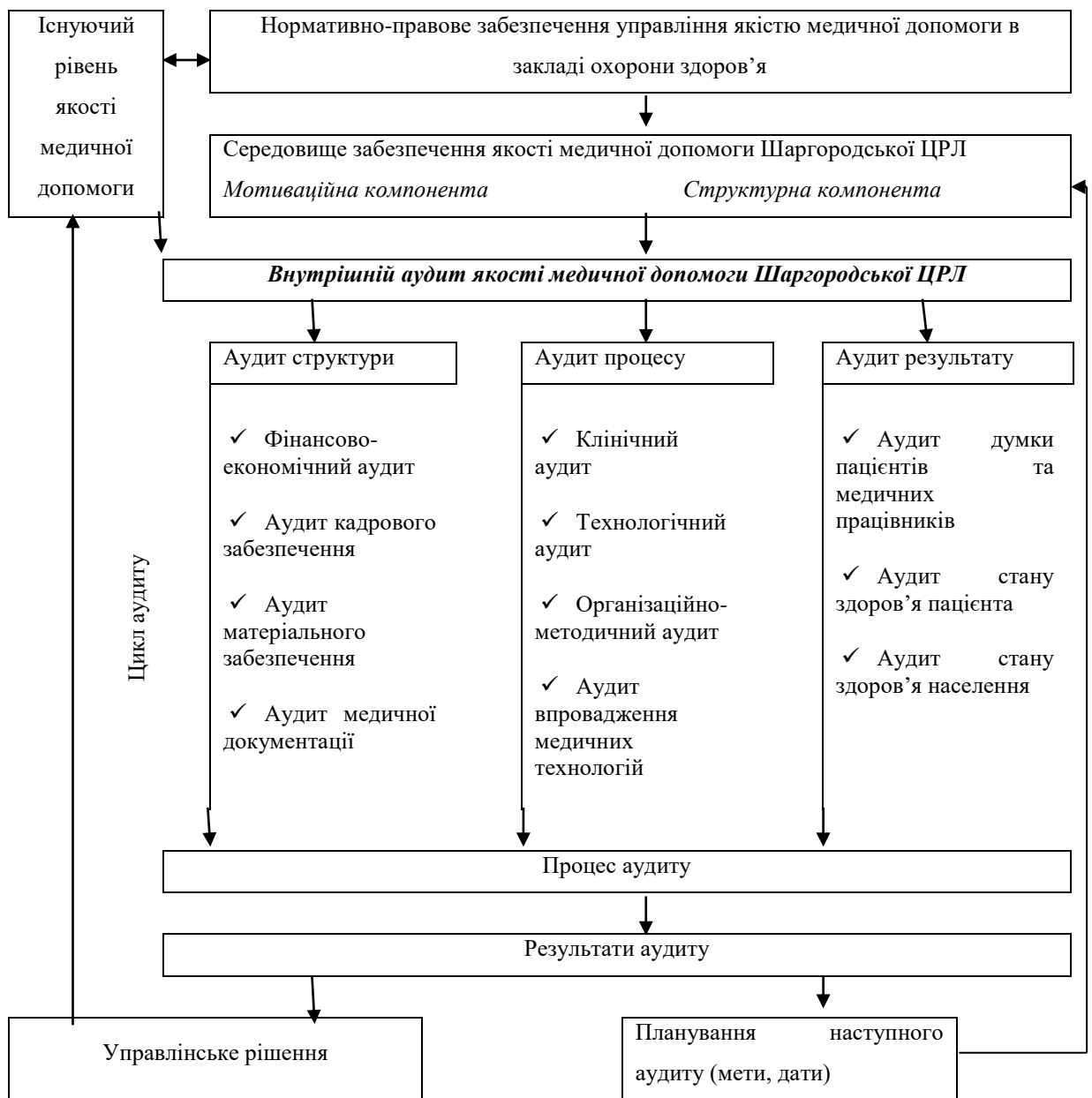


Рисунок 3.2 – Загальна модель управління якістю медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ на основі внутрішнього аудиту

Джерело: сформовано автором

Базовими елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги; середовище забезпечення якості медичної допомоги у Шаргородській ЦРЛ і цикл аудиту.

Ефективність проведення циклу внутрішнього аудиту залежить від сформованого середовища забезпечення якості медичної допомоги; мотиваційної та структурної компонент, що змінюються під впливом управлінських рішень; нормативно-правового забезпечення управління якістю медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ.

Нами сформована така послідовність організації системи управління якістю медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ яка базується на основі внутрішнього аудиту.

Внутрішній аудит буде джерелом інформації, що допоможе головному лікарю об'єктивно оцінити реальний стан якості медичної допомоги в Шаргородській ЦРЛ та приймати управлінські рішення. Метою внутрішнього аудиту надання медичної допомоги є забезпечення необхідною інформацією менеджменту лікарні.

Враховуючи, що контроль якості завідувачами відділень / структурних підрозділів має бути найбільш ретельним і охоплювати великий обсяг інформації, що потребує достатньо часу, достатньо суб'єктивний характер контролю на рівні лінійних керівників, доцільно впровадити в систему контролю якості його сучасні управлінські форми – аудит клінічної і неклінічної діяльності та самооцінку системи управління якістю.

В національній системі охорони здоров'я задекларований клінічний аудит як необхідна умова покращення якості. Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р. визначено, що клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня.

У тісному зв'язку з клінічним аудитом, спрямованим переважно на встановлення правильності ведення пацієнтів, відповідно до критеріїв якості, проводити управлінський аудит – аудит дотримання організаційних технологій (своєчасності, доступності медичної допомоги), раціональності і ефективності використання медичного обладнання, ліків, кадрових ресурсів; аудит відповідності неклінічної діяльності (акредитаційних стандартів на умови, в яких надається медична допомога); аудит відповідності функціонування системи контролю якості. У цій роботі ми пропонуємо виконувати аудит відповідно до тріади Донабедіана (Табл. 3.1).

Перша група – аудит структури – включає такі види: фінансово-економічний аудит, аудит кадрового забезпечення, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації. Фінансово-економічний аудит – це аудит фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я, базою якого виступають медико-економічні нормативи і розрахунки.

Аудит кадрового забезпечення передбачає аналіз кваліфікаційного складу та нормативної укомплектованості персоналу медичного закладу.

Аудит матеріального забезпечення проводиться на основі порівняння з таблицями оснащення закладів охорони здоров'я, що визначають необхідний мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги і клінічними протоколами, який розробляється для конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу.

Таблиця 3.1 – Рекомендовані компоненти внутрішнього аудиту Шаргородської РЦЛ

Складові відповідно до тріади Донабедіана	Компоненти аудиту	Критерії перевірки
Аудит структури	Фінансово-економічний аудит Аудит кадрового забезпечення Аудит матеріального забезпечення Аудит медичної документації	Медико-економічні нормативи, розрахунки Нормативна укомплектованість медичним персоналом Табелі оснащення закладу охорони здоров'я Якість ведення медичної документації
Аудит процесу	Клінічний аудит Технологічний аудит (маршрут пацієнта) Організаційно-методичний аудит Аудит впровадження медичних технологій	Локальні клінічні протоколи Показники ЛКП, результати хронометражу етапів надання МД і тривалості між етапних періодів Організаційно-методичне та нормативно-правове забезпечення діяльності ЗОЗ Дотримання виконавчої дисципліни
Аудит результату	Аудит думки пацієнтів та медичних працівників Аудит стану здоров'я пацієнта Аудит стану здоров'я населення	Думка пацієнтів та медичних працівників Медична документація Статистичні звіти

Джерело: сформовано автором

Аудит медичної документації – вивчення медичної документації закладу охорони здоров'я або його відділень для визначення ступеня відповідності реальної клінічної практики і її результатів з встановленим стандартам і нормам. Критерієм аудиту медичної документації є якість ведення медичної документації (заповнення медичних документів: змістовне та хронологічне).

Друга група – аудит процесу – включає такі види: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит ефективності впровадження медичних технологій та обладнання.

Клінічний аудит є процесом покращення якості медичної допомоги за допомогою систематичного контролю медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв або протокольних індикаторів і з подальшим внесення змін. Критеріальною базою клінічного аудиту є локальні клінічні протоколи, які визначають обов'язкові дії з профілактики, діагностики і лікування на основі доказової медицини.

Завданням технологічного аудиту є забезпечення своєчасності та послідовності надання медичної допомоги. Тобто цей вид аудиту передбачає оцінку часової та етапної відповідності процесу надання медичної допомоги. Критеріальною базою технологічного аудиту можуть бути показники локальних клінічних протоколів, результати хронометражу етапів надання медичної допомоги й тривалості періодів, кращі нормативи медичної практики закладів охорони здоров'я, які встановлені експертним шляхом.

Організаційно-методичний аудит передбачає оцінку сукупності управлінських технологій на предмет їх організаційної раціональності. базою організаційно-методичного аудиту виступає організаційно-методичне та нормативно-правове забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, дотримання виконавчої дисципліни, комп'ютеризація, використання інформаційно-комунікаційних технологій.

Аудит ефективності впровадження медичних технологій передбачає аналіз показників використання медичних технологій за критеріями ефективності діяльності закладу охорони здоров'я.

Третя група – аудит результату – включає такі види: аудит думки пацієнтів та медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнта, аудит стану здоров'я населення.

Думка пацієнтів та медичних працівників є основою порівняння при проведенні аудиту думки пацієнтів та працівників. Для виявлення думки

пацієнтів та медичних працівників необхідно проводити опитування. Аудит стану здоров'я пацієнта проводиться за медичною документацією. Аналіз медичної документації дозволяють оцінити якість медичної допомоги за фактичними даними, наведеними в документах первинного обліку.

Критеріальною базою аудиту стану здоров'я населення є статистичні звіти. Огляди статистичних звітів надають можливість показники, виводити динамічні ряди з метою дослідження рівня якості наданої медичної допомоги.

Вибір виду внутрішнього аудиту і бази визначають особливості його проведення, а саме: підбір фахівців, які входять до робочої групи; обсяг первинної документації для збору інформації; елементи внутрішнього середовища.

Аудит за визначеними групами пов'язаний спільними завданнями з забезпечення якості і має проводитись власними силами Шаргородської РЦЛ шляхом залучення компетентних у сфері аудиту співробітників в межах штатного розкладу. Тому їх можна визначити як компоненти внутрішнього аудиту, який охоплює усі аспекти функціонування ЦРЛ, що впливають на якість медичної допомоги.

В сукупності з іншими видами контролю внутрішній аудит можна розглядати як додатковий інформаційний ресурс вищого керівництва Шаргородської РЦЛ, що сприятиме підвищенню прозорості діяльності та поінформованості керівника з усіх питань, що стосуються якості.

Самооцінка системи управління якістю спрямовується на проведення періодичного контролю функціонування системи управління якістю медичної допомоги Шаргородської РЦЛ з метою виявлення сильних сторін в управлінні якістю, а також напрямків, які потребують покращення. Результати самооцінки можна використати для визначення стратегії розвитку ЦРЛ, розробки перспективних планів з удосконалення діяльності і підвищення задоволеності усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін. Самооцінку бажано проводити за ключовими критеріями управління

якістю шляхом покрокової бальної самооцінки описових характеристик існуючої системи. Особливістю самооцінки слід вважати необхідність врахування усіх рівнів досягнення критеріїв послідовно, без виключення будь-яких при просуванні до вищого рівня.

План-графік процесу впровадження системи оцінки якості медичної допомоги Шаргородської РЦЛ наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – План-графік організації процесу внутрішнього аудиту оцінки якості медичної допомоги Шаргородської РЦЛ (річний)

	I кв	II кв	III кв	IV кв
Створення комісії з забезпечення якості медичної допомоги	x			
Планування: вибір теми, мети, завдань аудиту	x			
Формування системи індикаторів контролю (вибір методології та релевантних стандартів для оцінки; вибір індикаторів; формування системи звітів)	x		x	
Визначення ступенів контролю (відповідальність та розподіл роботи за посадовими особами)	x			
Збір та аналіз інформації	x	x	x	x
Впровадження змін (видання наказу про підсумки внутрішнього аудиту, впровадження пропозицій у удосконалення)				x
Моніторинг та оцінка впровадження				x

Відповідно до таблиці 3.2 у першу чергу в Шаргородській РЦЛ, наказом головного лікаря створюється комісія з забезпечення якості медичної допомоги. Мета комісії полягає в тому, щоб розробити дієву програму систематичного підвищення якості медичної допомоги на основі

поглибленого аналізу прийнятих для оцінки показників, окремих помилок та упущень, нещасних випадків, скарг пацієнтів, пропозицій лікарів і медичних сестер, літературних даних. Порядок проведення самооцінки передбачає видання відповідного наказу визначенням відповідальних осіб, графіків самооцінки по підрозділам, термінів проведення самооцінки, критеріїв самооцінки, терміну формування звіту і представлення керівництву одержаних результатів. Останні слугують основою прийняття управлінського рішення з виданням по закладу наказу про підсумки діяльності системи управління якістю за поточний рік та покращення проблемних елементів системи з планом його виконання. Самооцінку бажано проводити щороку.

Відповідальним в ЦРЛ за роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в являється заступник головного лікаря з медичної роботи. При цьому роботу молодшого медичного персоналу з вищою освітою за забезпеченню якості медичної допомоги організовую заступник головного лікаря з медсестр (головна медична сестра). На рівні структурного підрозділу ЦРЛ роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в цілому організовую завідувач відділенням, а безпосередньо молодшого медичного персоналу з вищою освітою – старша медична сестра. Такий розділ роботи у вказаних посадових осіб визначається їх посадовою інструкцією.

Система контролю якості медичної допомоги у Шаргородській РЦЛ має відповідати таким ступеням контролю:

- перший ступінь контролю – завідуючий структурним підрозділом поліклініки чи стаціонару оцінює якість медичної допомоги, наданої окремим лікарем пацієнтам, які закінчили лікування в поліклініці (не менше 30 % хворих) і в стаціонарі (усіх хворих).

- другий ступінь контролю – заступники головного лікаря ЦРЛ, що відповідають за роботу поліклініки чи стаціонару, використовуючи основні облікові документи, проводять щоденно експертну оцінку не менше 10 % пацієнтів, які проліковані у поліклініці, та не менше 20 % осіб, які закінчили лікування в стаціонарі.

- третій ступінь контролю – експертна комісія ЦРЛ оцінює якість роботи підрозділів щомісячно. Наступні ступені контролю якості медичної допомоги на рівні ЦРЛ здійснюють спеціалісти (спеціальні комісії) територіальних та регіональних органів управління охороною здоров'я:

- четвертий ступінь контролю – експертна комісія при міському відділі (управлінні) охорони здоров'я (чи при ТМО) оцінює якість діяльності кожного ЦРЛ щоквартально.

- п'ятий ступінь контролю – експертна комісія при обласному відділі (управлінні) охорони здоров'я оцінює діяльність ТМО та обласних ЦРЛ щоквартально

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

На етапі впровадження змін видається наказ по закладу про підсумки внутрішнього аудиту та впровадження пропозицій з удосконалення якості медичної допомоги.

Останній етап аудиту включає моніторинг та оцінку . Тут формується підсумкова оцінка ефективності внутрішнього аудиту та закріплюються досягнуті покращення в закладі. На основі висновків команда має прийняти рішення щодо внесення коректив у систему менеджменту Шаргородської РЦЛ.

3.2 Рекомендації щодо удосконалення клінічних індикаторів якості медичної допомоги

Головною сучасною тенденцією в процесі вдосконалення якості медичної допомоги є перехід до комплексного забезпечення якості на всіх етапах надання медичної допомоги — профілактики, діагностики, лікування, подальшого нагляду за хворими — від аналізу окремих етапів та медичних втручань.

Індикатори якості медичної допомоги (або клінічні індикатори) — невід’ємна частина системи загального професійного менеджменту в системі охорони здоров’я практично у всіх країнах Європейського Союзу. Вони призначені, перш за все, для використання лікарями, на відміну від індикаторів діяльності (результативності), які, перш за все, використовуються організаціями.

Перш за все індикатори використовуються для керування процесом підвищення якості медичних послуг, що надаються, шляхом порівняння та встановлення стандартів, а також для оптимізації процесу підвищення якості медичних послуг на місцевому рівні.

Індикатори мають охоплювати результати і якість лікувальної роботи в таких ключових аспектах:

- Безпека
- Результат і якість процесу
- Досвід пацієнтів

«Клінічний індикатор — це інструмент, за допомогою якого можна визначити можливі проблеми та/чи можливості для підвищення якості обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування. При належному використанні індикатори можна застосовувати для порівняння варіантів надання аналогічних медичних послуг у різних закладах та для оцінки рівня цих послуг відносно національних стандартів. Індикатори можуть використовуватися як основа для оцінки сучасної практики та слугувати відправною точкою для початку процесу вдосконалення догляду

за хворими» - Національна служба охорони здоров'я Великої Британії — National Health Service (NHS) Quality Improvement Scotland (QIS).

Індикатори якості медичної допомоги є потужним інструментом, за допомогою якого можна вдосконалювати діяльність Шаргородської РЦЛ та підвищувати якість медичної допомоги. Але, як для будь-якого інструмента, існує можливість його неадекватного застосування та загрози, що пов'язані з цим.

Індикатори є певним відображенням реальної ситуації у фіксованому наборі формальних значень. При цьому неминучі значні спрощення, втрати суттєвої інформації, можливість систематичних похибок та приховування інформації в тих випадках, коли значення індикаторів стають підставою для організаційного тиску, управлінських та кадрових рішень.

На сьогодні Шаргородською ЦРД виконується діагностика за такими індикаторами:

1. Індикатори процесу забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні її надання:

- функція посади лікаря-спеціаліста амбулаторно-поліклінічного закладу охорони здоров'я (підрозділу);
- частка звернень з профілактичною метою, % до загальної кількості звернень;
- частка звернень за направленнями ЛЗП-СЛ, % до загальної кількості звернень;
- частка взятих на диспансерний облік за основними нозологіями, % від загальної кількості хворих;
- частка оглянутих з профілактичною метою, % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;
- частка охоплених заходами реабілітації (проти рецидивного лікування), % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;

За даними експертної оцінки карт амбулаторного хворого виявляються дефекти в роботі: невідповідність обстеження, неадекватна стану пацієнта

визначена лікарем тактика, відсутність профілактичної спрямованості при веденні пацієнта, неякісне ведення медичної документації; випадки порушення принципу конфіденційності інформації про пацієнта, деонтології, прав пацієнтів, санітарно-протиепідемічного режиму.

2. Індикатори процесу забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні її надання:

- рівень госпіталізації – кількість госпіталізованих у лікувальних закладах на 10000 населення.

- використання ліжкового фонду – відношення кількості проведених у лікарні ліжок – днів до середньорічної кількості фактично розгорнутих ліжок.

- оборот лікарняного ліжка – середня кількість хворих, я що пройшли курс лікування на одному ліжку за рік.

- зайнятість лікарняного ліжка – середня кількість днів зайнятості ліжка на рік.

- середня тривалість перебування хворого на ліжку – обчислюється як відношення кількості проведених пацієнтами ліжок – днів до кількості вибулих пацієнтів (виписаних та померлих).

Названі показники вивчаються в цілому по стаціонару, спеціалізованих відділеннях та в розрізі захворювань, що найбільш часто потребують госпіталізації.

- Розподіл пацієнтів за частотою тривалості перебування в стаціонарі – відношення кількості хворих із нозологічною формою, що лікувались у стаціонарі протягом визначеного періоду t , до кількості хворих з тією ж нозологією, що були виписані зі стаціонару. На практиці t : 1 – 3 дні; 4 – 7; 8 – 14; 15 – 30; більше 30 днів.

- Частота побічної дії лікарських препаратів – відношення кількості випадків побічної дії до кількості хворих, що вибули зі стаціонару.

- Хірургічна активність стаціонару – відношення кількості пацієнтів, що були прооперовані в стаціонарі (відділенні), до кількості пацієнтів, що вибули зі стаціонару (відділення).

- Питома частка планових операцій у загальному обсязі хірургічних втручань.

- Частота патологоанатомічних розтинів обчислюється як відношення кількості проведених за період патологоанатомічних розтинів до кількості пацієнтів, що померли у стаціонарі.

3. До індикаторів результату якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні її надання:

- зниження рівнів загальної захворюваності, інвалідності і смертності серед диспансеризованих;

- зниження рівнів смертності населення працездатного віку;

- зниження рівнів попереджувальної смертності населення; - зниження рівнів госпіталізації населення;

- збільшення частки госпіталізованих в плановому порядку в тому числі для проведення оперативних втручань.

4. Індикатори результату якості медичної допомоги на вторинному рівні її надання

- Структура ліжкового фонду за спеціальностями: Число ліжок даного профілю x 100 / Загальна кількість ліжок

- Рівень госпіталізації: Число госпіталізованих пацієнтів x 100 / Загальна кількість населення

- Динаміка ліжкового фонду: Кількість ліжок в звітному році x 100 / Кількість ліжок в попередньому році

- Укомплектованість медичними кадрами: Число зайятих лікарських (лаборантських) посад x 100 / Число штатних лікарських (сестринських, лаборантських) посад

- Середнє число роботи госпітального ліжка за рік: Число ліжок – днів, фактично проведених пацієнтами, відділенні /Середньорічна кількість ліжок, відділенні

- Середній термін перебування пацієнтів в стаціонарі: Число ліжок – днів фактично проведених пацієнтами в стаціонарі /Кількість виписаних із стаціонару пацієнтів

- Структура пацієнтів, які проходили лікування в стаціонарі: за показами до госпіталізації, за віком, за місцем проживання, за характером захворювання

- Летальність в стаціонарі:

А) загальна летальність: Загальна кількість померлих в стаціонарі пацієнтів x 100 /Загальна кількість пацієнтів вибулих із стаціонару

Б) летальність за профілем структурного підрозділу: Кількість померлих в даному структурному підрозділі x 100 /Кількість вибулих із даного структурного підрозділу

В) летальність за певною нозологічною формою: Кількість померлих з певною нозологічною патологією x 100 /Загальна кількість вибулих з даною нозологічною патологією

Г) до добова летальність: Кількість померлих в стаціонарі пацієнтів в терміні до 24 годин перебування в стаціонарі x 100 / Кількість госпіталізованих до стаціонару

Д) структура післяопераційної летальності: Кількість померлих, які прооперовані з даної причини x 100 /Загальна кількість прооперованих померлих

Проект впровадження додаткових клінічних індикаторів як частини системи підвищення якості медичних послуг в Шаргородській РЦЛ визначає дві основні проблеми, пов'язані з розробкою та використанням індикаторів:

- розробка індикаторів, які є технічно надійними і такими, що інтерпретуються;

- впровадження індикаторів у системи, які дозволяють збирати інформацію, необхідну для вдосконалення діагностики, лікування та догляду за хворими.

При розробці індикаторів якості медичної допомоги Шаргородської РЦЛ необхідно завчасно запобігати можливості їх неадекватного використання. Міжнародний досвід свідчить, що не існує і не може існувати деякого «Універсального Індикатора», який міг би всебічно виміряти й характеризувати таке складне й багатогранне поняття, як якість медичної допомоги. Кінцева мета діяльності Шаргородській РЦЛ — не покращити значення окремих індикаторів, а поліпшити якість надання медичної допомоги. При цьому кожен з індикаторів може надати корисну інформацію щодо певних аспектів діяльності медичної служби Шаргородській РЦЛ.

Поновлюване дослідження [44-51], проведене у 32 країнах, дозволило визначити набір клінічних індикаторів, які є достатньо надійними та можуть порівнюватися при використанні в різних країнах та у Шаргородській РЦЛ з метою порівняння якості, тобто на них не впливають особливості конкретної країни.

Актуальність впровадження такої системи свідчить перелік країн Організації економічного співробітництва та розвитку — ОЕСР (Organisation for Economic Co-operation and Development/OECD), які беруть участь у регулярно поновлюваних дослідженнях у рамках проекту щодо впровадження індикаторів якості медичних послуг: Австралія, Австрія, Бельгія, Канада, Чехія, Данія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Греція, Угорщина, Ісландія, Ірландія, Італія, Корея, Мексика, Нідерланди, Нова Зеландія, Норвегія, Польща, Японія, Португалія, Словаччина, Іспанія, Швеція, Швейцарія, Туреччина, Об'єднане Королівство, США.

15 з наведених нижче 22 клінічних індикаторів, вибраних для дослідження у рамках проекту щодо впровадження індикаторів якості медичної допомоги, можуть використовуватися як додаткові для порівняння якості медичної допомоги у країнах, зокрема частину можна

використовувати і у Шаргородській РЦЛ. Вони становлять базовий компонент будь-якого набору клінічних індикаторів у країнах, які беруть участь у розбудові якісної системи охорони здоров'я. Такими індикаторами є [46]:

1. Відсоток 5-річної виживаності пацієток із раком молочної залози.
2. Відсоток проведеного скринінгу.
3. Відсоток 5-річної виживаності пацієток із раком шийки матки.
4. Відсоток проведеного скринінгу раку шийки матки.
5. Відсоток 5-річної виживаності пацієнтів із раком кишечника.
6. Відсоток нових випадків захворювань, яких можна було б запобігти за допомогою вакцинації (коклюш, кір, гепатит В).
7. Масштаб базової програми вакцинації, вік 2 роки (коклюш, кір, гепатит В).
8. Відсоток смертності від астми, вік 5–39 років.
9. Внутрішньо лікарняна летальність протягом 30 днів після госпіталізації з діагнозом «гострий інфаркт міокарда».
10. Внутрішньо лікарняна летальність протягом 30 днів після госпіталізації з діагнозом «інсульт».
11. Час очікування хірургічної допомоги пацієнтами з діагнозом «перелом шийки стегна».
12. Вакцинація від грипу, вік старше 65 років.
13. Відсоток курців.
14. Обстеження сітківки ока у хворих на цукровий діабет.
15. Відсоток госпіталізованих пацієнтів із діагнозом «астма».
16. Післяопераційний перелом шийки стегна чи смерть внаслідок перелому.
17. Щорічний тест на гемоглобін у хворих на цукровий діабет.
18. Рівень гемоглобіну, що вказує на недостатній контроль за рівнем цукру в крові.
19. Висока ампутація у пацієнтів із цукровим діабетом.

20. Трансфузійні реакції.

21. Відсоток неконтрольованих пацієнтів, госпіталізованих із діагнозом «цукровий діабет».

22. Відсоток пацієнтів, госпіталізованих з діагнозом «гіпертензія».

У системі охорони здоров'я Великої Британії використовується 400 унікальних клінічних індикаторів якості медичної допомоги на рівні лікарні [48]. Повний список був нещодавно опублікований для відкритого обговорення всіма фахівцями системи охорони здоров'я з метою розробки особливих єдиних індикаторів якості медичних послуг, щоб у майбутньому проводити більш точний порівняльний аналіз на національному рівні. Розділені на 14 категорій:

- Рак (56 індикаторів).
- Серцево-судинні (60 індикаторів).
- Діти, сім'я, материнство (9 індикаторів).
- Приєднані інфекції в системі охорони здоров'я (34 індикатори).
- Тривалий перебіг хвороби (33 індикатори).
- Психічне здоров'я (17 індикаторів).
- Смертність (69 індикаторів).
- Досвід пацієнтів (58 індикаторів).
- Обстановка, в якій знаходяться пацієнти (32 індикатори).
- Повідомлені результати лікування пацієнтів (4 індикатори).
- Безпека пацієнтів (39 індикаторів).
- Повторна госпіталізація (30 індикаторів).
- Оперативні втручання (17 індикаторів).
- Своєчасність допомоги (7 індикаторів).

У результаті обговорення, яке відбулося у Великій Британії, рекомендується використовувати в обмеженому обсязі індикатори національних пріоритетів, а також застосовувати індикатори, які відображають рівень якості надання послуг, у національній системі охорони здоров'я. Однак для Шаргородської РЦЛ може знадобитися погодження

національних індикаторів, сумісне з іншою діяльністю на національному рівні, наприклад Комісії по контролю якості медичних послуг.

При розробці індикатора необхідно послідовно та ретельно заповнити всі структурні розділи, які становлять опис індикатора. При запровадженні індикатора доступність необхідної первинної та допоміжної інформації та можливість реалізації запропонованого алгоритму обчислення має бути забезпечена організаційно.

Наступним кроком є визначення вихідних даних для обчислення індикатора. Такими даними можуть бути:

- первинна медична документація;
- автоматизовані бази даних, що ґрунтуються на первинній медичній документації;
- інші джерела та бази даних, що містять суттєву інформацію, за умови можливості їх отримання та опрацювання при обчисленні індикатора.

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

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

- заклад охорони здоров'я – Шаргородська РЦЛ;
- фізична особа (хворий, пацієнт тощо);
- окремий випадок захворювання (діагноз);
- окремий факт госпіталізації;
- окремий факт надання медичної допомоги (послуга).

При визначенні досліджуваних об'єктів обов'язково слід деталізувати первинний медичний документ, який визначатиме екземпляр об'єкта. Слід зважати, що деякі інтуїтивні та не визначені через відповідний документ поняття припускають різні тлумачення. Наприклад, з точки зору закладу охорони здоров'я під поняттям «пацієнт» або «хворий» зазвичай розуміють не «фізичну особу», яку можна ідентифікувати за паспортом або ідентифікаційним кодом, а «випадок госпіталізації», інформаційним носієм про який є медична карта стаціонарного хворого (форма 003/0) або статистична карта вибулого хворого (форма 066/0). Очевидно, одній фізичній особі може відповідати кілька випадків госпіталізації протягом певного періоду.

При визначенні чисельника індикатора слід забезпечити відповідність типів об'єктів чисельника та знаменника (досліджуваної множини). Чисельник має розглядатися як деяка підмножина знаменника. Грамотно визначеному індикатору має відповідати вірно (з точки зору лінгвістики) побудоване висловлювання, яке окреслює зміст індикатора.

Алгоритм, за допомогою якого з усієї досліджуваної множини (знаменника) буде виокремлюватися чисельник індикатора, має бути чітко сформульований. Існує два найтипівіші шляхи індикатора:

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

Очевидно, перший шлях є досить трудомістким і потребує залучення керівництвом Шаргородської РЦЛ висококваліфікованих експертів. При цьому не виключається прийняття суб'єктивних рішень. Другий шлях технологічно більш прийнятний, але потребує належного матеріально-

технічного забезпечення та наявності технічних можливостей для формування баз даних, які ґрунтуються на первинній медичній інформації.

Нині досить поширеним є «перехідний» шлях, коли за умов неналежного інформаційно-технічного забезпечення здійснюється опрацювання паперових документів та облікових форм за алгоритмами та інструкціями. У перспективі для Шаргородської РЦЛ цей шлях має бути замінений на автоматизовану обробку.

Слід зауважити, що базовими поняттями, якими мають оперувати алгоритми обчислення індикаторів, незалежно від способу обрахунку, мають бути первинні медичні форми та окремі позиції цих форм, заповнені відповідно до загальноприйнятих міжнародних або національних класифікацій. Такий підхід дозволяє мінімізувати суб'єктивізм при експертному аудиті та ручному опрацюванні паперових носіїв первинної інформації, а також забезпечити безболісний перехід на автоматизовану обробку баз даних. Належним чином спроектовані бази даних зазвичай ґрунтуються на затверджених первинних медичних документах та підтримують загальноприйняті класифікації, тому алгоритми для обчислення індикаторів можуть бути універсальними та придатними як для автоматизованого, так і для ручного опрацювання.

Опис індикатора обов'язково має включати інформацію, яка дозволить належним чином інтерпретувати значення індикатора, уникнути хибних і недостатньо обґрунтованих висновків та максимально ефективно використати отриману інформацію для покращення якості медичної допомоги. Мають бути наведені застереження щодо ситуацій, коли значення індикатора може не відтворювати розбіжностей в якості медичної допомоги: врахування статистичної похибки, можлива неповнота чи викривлення даних та шляхи, якими можна оцінити ці чинники тощо.

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

Для реалізації запропонованої системи оцінки якості роботи Шаргородської РЦЛ необхідно створити групу експертів (можливо це будуть завідувачі відділень, провідні фахівці) для формування переліку індикаторів та їх обрахунку. Користуючись світовими напрацюваннями у цій сфері, пропонуємо перелік та характеристику додаткових базових клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності Шаргородської РЦЛ (Таблиця 3.3, більш докладна характеристика кожного індикатора наведена у Додатку А).

Таблиця 3.3 – Додаткові клінічні індикатори оцінки якості результатів діяльності Шаргородської РЦЛ

Назва індикатору	Чисельник	Знаменник	Джерело
Частота нововиявлених випадків виразок	Кількість пацієнтів із пролежневими виразками, виявлених у лікарні у певний час у поточному році	Загальна кількість пацієнтів на ту ж саму дату	Basic Set of Hospital Performance Indicators
Відсоток реакцій	Кількість випадків трансфузійних реакцій у пацієнтів лікарні в період з 1 січня по 31 грудня	Загальна кількість пацієнтів, які перенесли переливання крові в період з 1 січня по 31 грудня	Basic Set of Hospital Performance Indicators
Коефіцієнт внутрішньої лікарняної летальності від ГІМ (гострий інфаркт міокарда)	Кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом ГІМ за період з 1 січня по 31 грудня	Кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом ГІМ в період з 1 січня по 31 грудня	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)
Коефіцієнт внутрішньої лікарняної летальності від інсульту	Кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом «інсульт» в період з 1 січня по 31 грудня	Загальна кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом «інсульт» у період з 1 січня по 31 грудня	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)

Щорічні аналізи на гемоглобін HbA1c у пацієнтів із цукровим діабетом	Загальна кількість пацієнтів із цукровим діабетом 1-го або 2-го типу, які хоча б один раз здали аналіз на гемоглобін та були госпіталізовані в період з 1 січня по 31 грудня	Загальна кількість пацієнтів із цукровим діабетом 1-го або 2-го типу, госпіталізованих у період з 1 січня по 31 грудня	Basic Set of Hospital Performance Indicators
Загальний коефіцієнт повторної госпіталізації протягом 28 днів після виписки	Кількість пацієнтів, яких було госпіталізовано повторно протягом 0–27 днів після виписки в період з 1 січня по 31 грудня	Загальна кількість пацієнтів, виписаних із лікарні в період з 1 січня по 31 грудня	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)
Післяопераційні інфекційні ускладнення	Кількість пацієнтів із післяопераційними інфекціями	Загальна кількість прооперованих пацієнтів	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)
Відсоток пологів шляхом кесарева розтину	Кількість пологів за допомогою кесарева розтину, без , в період з 1 січня по 31 грудня	Кількість всіх пологів у період з 1 січня по 31 грудня	Basic Set of Hospital Performance Indicators

Таким чином, запропоновано удосконалити систему індикаторів якості медичної допомоги Шаргородської РЦЛ спрямовану на визначення можливих проблем та/чи можливостей для підвищення якості обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування. Реалізація такого процесу передбачає створення групи для формування переліку індикаторів та їх обрахунку, створення і розвиток баз даних та інформаційних технологій, вдосконалення засобів автоматизованої обробки електронної інформації та системним покращанням якості та повноти медичної інформації РЦЛ.

3.3 Обґрунтування доцільності створення системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000

В сучасних умовах установам охорони здоров'я необхідна система, що реалізує концепцію безперервного покращення якості, яка передбачає роботу зі створення умов, в яких необхідна якість виробляється і підвищується в процесі надання медичної допомоги. Однією з таких форм управління є створення системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000.

Наразі все більше медичних закладів в Україні розпочинають роботу з впровадження (або й уже впровадили) системи менеджменту якості відповідно до стандарту ISO 9001. При цьому впроваджують її не лише приватні медичні заклади, які вважаються більш прогресивними, а й державні.

Впровадження вказаного стандарту є своєрідним сигналом для пацієнтів про те, що медичному закладу можна довіряти. Так, у медичному закладі, в якому впроваджено систему менеджменту якості, добре налагоджені процеси, пов'язані з наданням медичних послуг; застосування коригувальних і дій у щоденній практиці зменшує кількість недоліків у діяльності медичного закладу, а потреба у постійному розвитку зумовлює безперервне вдосконалення якості медичних послуг.

Загалом, система менеджменту якості ISO 9001 спрямована на впровадження процесного підходу у медичному закладі. Впровадження стандарту ISO 9001 дозволяє краще пов'язати процеси діяльності медичного закладу між собою з метою покращення якості надання послуг.

Впровадивши систему менеджменту якості, медичний заклад починає працювати відповідно до моделі, зображеної на рисунку 3.



Рисунок 3.3 – Модель управління ЦРЛ, що ґрунтується на процесах системи менеджменту якості

Відповідно до вимог Наказу МОЗ України № 1116 зі зміни критеріїв для державної акредитації закладів охорони здоров'я, для отримання вищої категорії в лікувальному закладі повинна бути впроваджена і сертифікована система управління якістю за стандартом ДСТУ ISO 9001:2015. Таким чином стає неможливим отримання вищої категорії для медичного закладу без сертифікату ISO 9001.

Наступний важливий момент, який потрібно враховувати, — це те, що в більшості випадків отримання сертифікату ISO 9001:2015 не є самоціллю: це лише проміжний етап, необхідний для успішного проведення інших юридичних процедур. Мова йде про отримання вищої акредитаційної категорії, але й про оформлення участі у тендерах, видачу медичних документів для міжнародного використання та багато іншого.

Таким чином, впровадження стандартів ISO 9001:2015 в будь-якому разі дозволяє вирішити низку завдань для Шаргородської РЦЛ:

- покращити якість обслуговування пацієнтів;
- удосконалити послуги, які вже надаються в клініці і, можливо, запустити нові;
- підвищити кваліфікацію персоналу;

- ефективніше розподілити повноваження та зони відповідальності співробітників;
- провести аналіз всіх поточних процесів й усунути недоліки.

Організація робіт щодо розробки системи управління якістю містить: призначення осіб, відповідальних за організацію проведення робіт; забезпечення виконавців стандартами та іншими необхідними документами; залучення зовнішніх консультантів (за необхідності); діагностування існуючої системи якості; проведення навчання виконавців; проведення роз'яснювальної роботи з персоналом та його навчання; виділення ресурсів, необхідних для виконання робіт в установлені терміни.

Таким чином, цей процес складається з таких етапів:

- розробка документів з Системи Менеджменту Якості відповідно до вимог стандартів ISO 9001 / ДСТУ ISO 9001 (6 обов'язкових стандартів, загальне Керівництво з якості, додаткові стандарти в залежно від специфіки наданих послуг);
- впровадження документів в практику робіт;
- внутрішній аудит, коригування дій за результатами внутрішнього аудиту;
- підготовка документів в орган сертифікації, що має право проводити сертифікацію послуг у сфері охорони здоров'я і надання медичної допомоги;

Під час призначення осіб, відповідальних за організацію та проведення робіт щодо розробки системи управління якістю Шаргородської РЦЛ, доцільно виходити з того, що такими особами є управлінський персонал. Належне виконання робіт із розробки системи управління якістю передбачає наявність офіційних версій стандартів ДСТУ ISO 9000:2015 «Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів», ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги», ДСТУ ISO 9004:2012 «Управління досягнення сталого успіху організацією», ДСТУ ISO 19011:2012

«Настанови щодо здійснення аудитів систем управління». Застосування неофіційних версій є неприйнятним.

Таблиця 3.4 - Варіант «Політики в сфері якості медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ»

Політика в сфері якості медичної допомоги КНП «Шаргородська ЦРЛ»
1. Загальні наміри
<p>1.1. Постійне покращення якості медичної допомоги для задоволення потреб пацієнтів ми вважаємо основою і головним напрямком діяльності нашого закладу.</p> <p>1.2. Ми враховуємо також інтереси зацікавлених у якості медичної допомоги сторін – співробітників і керівництва закладу, вищих органів управління охороною здоров'я, органів місцевого самоврядування, а також партнерів – інших закладів охорони здоров'я, громадських організацій, закладів і установ-постачальників ресурсів.</p> <p>1.3. Якість по всім напрямкам діяльності закладу визначається першочерговим завданням кожного співробітника.</p>
2. Основні напрямки Політики
<p>2.1. Політика по відношенню до пацієнтів Ми орієнтуємось на задоволеність поточних і майбутніх потреб наших пацієнтів у якісній медичній допомозі та якісному медичному обслуговуванні, а також намагаємось випередити очікування.</p> <p>2.2. Політика по відношенню до персоналу Кваліфікований персонал є запорукою сучасного рівня якості медичної допомоги і досягнення високоякісних результатів діяльності закладу, тому ми постійно забезпечуємо безперервну післядипломну освіту фахівців, створюємо умови для мотивації їх до праці та усвідомлення ними відповідальності за її результати. Заохочується професійний розвиток персоналу, запровадження ініціатив співробітників з забезпечення і покращення якості, а також участь фахівців в управлінні якістю медичної допомоги.</p> <p>2.3. Політика по відношенню до партнерів й держави Ми будемо наші стосунки з партнерами на основі взаємовигідного довготривалого відкритого співробітництва, розуміння спільних цілей в сфері якості медичної допомоги, довіри та побудови ефективних комунікацій. Ми проводимо задекларовану на державному, галузевому і регіональному рівнях політику в сфері якості дотримання положень законів України, інших нормативно-правових актів.</p>
3. Основні напрямки реалізації Політики
3.1. Запорукою успішної реалізації політики КНП «Шаргородська ЦРЛ» є створення

системи управління якістю на основі європейських підходів до якісних систем охорони здоров'я, вимог національних, гармонізованих з міжнародними, стандартів на системи управління якістю – ДСТУ ISO 9001:2015, набутого вітчизняного і власного досвіду. Результативність діяльності системи обумовлюється її постійним вдосконаленням і розвитком.

3.2. Дієвим і доведеним засобом постійного покращення якості медичної допомоги в рамках системи управління якістю є запровадження, дотримання, періодичний перегляд і оновлення медичних технологій на основі єдиної ідеології профілактики, діагностики і лікування – доказової медицини.

3.3. Основою забезпечення якості медичної допомоги вважаємо своєчасне постачання необхідних ресурсів та їх ефективне використання.

3.4. Керівництву закладу максимально делегуються повноваження з організації діяльності, спрямованої на постійне покращення якості медичної допомоги, лікувально-діагностичного процесу, використання ресурсів, якості управління системою, а також впровадження інновацій та створення умов для залучення широкого кола співробітників до управління якістю.

Відповідно до концепції стратегічного управління в охороні здоров'я і принципу всебічного менеджменту якості «Лідерство», сполученому з положеннями ДСТУ ISO 9001:2015, керівництво Шаргородської ЦРЛ повинно задекларувати загальні наміри та напрямки діяльності закладу охорони здоров'я в сфері якості, а також прийняття своєї відповідальності за якість медичної допомоги, як вищої цінності для пацієнта та інших зацікавлених у якості сторін (табл. 3.4). Керівник ЦРЛ повинен також довести взяття на себе зобов'язань бути лідером, який орієнтує увесь персонал на якісне виконання професійних функцій. Політика в сфері якості медичної допомоги має бути деталізованою та узгодженою з напрямками діяльності закладу охорони здоров'я.

Діагностування діючої в організації системи якості, навіть якщо вона належним чином не документована, являє собою попередній аналіз системи управління якістю й оцінку ступеня її відповідності вимогам ДСТУ ISO 9001.

Діагностування системи управління якістю, що виконується фахівцями медичного закладу із залученням консультантів, націлене на визначення необхідності внесення в діючу систему якості змін. Особливе значення при цьому мають зміни, пов'язані з організаційною структурою. Бажано, щоб такі зміни були включені в початкові етапи плану розробки та впровадження системи управління якістю, що формується на підставі результатів діагностування системи якості.

За системно-елементним аспектом, у організаційну структуру Шаргородської ЦРЛ доцільно ввести представника керівництва з якості з повноваженнями організації виконання функцій (процесів) в системі, звітування перед найвищим керівництвом про її функціонування та про потребу у поліпшенні, а також забезпечення обізнаності з вимогами замовників зовні та в межах організації. В запропонованій системі представником керівництва обраний один з заступників керівника (з медичних питань) на противагу тому, що в існуючій системі він наділявся лише функціями керівництва робочою групою з розробки стандартів медичної допомоги [42].

В діючій системі забезпечення якості медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ вимагав перегляду нечітко визначений розподіл функцій головного лікаря і медичної ради в напрямку їх сумісної діяльності, у першу чергу, з вирішення стратегічних завдань. Такий підхід відповідає принципу «Лідерство» Концепції всебічного менеджменту якості, при якому відповідальність за якість медичної допомоги і організацію діяльності в сфері якості повинна покладатись на головного лікаря, а забезпечення демократизації управління, підвищення об'єктивності управлінських рішень з покращення якості стає провідним завданням медичної ради (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 - Рекомендації щодо змін в системі управління Шаргородської ЦРЛ

	Існуюча система управління	Запропонована система управління
Компоненти	Головний лікар, медична рада, заступник головного лікаря, голова комісії, завідувачі відділень, завідувач організаційно-методичним відділом, головна медична сестра	Головний лікар, заступники головного лікаря, медична рада, голови робочих груп з розробки процесів, голова фармако-терапевтичної комісії, завідувачі відділень, керівник служби внутрішнього аудиту, керівники експертних груп, керівники груп самооцінки, головна медична сестра
Функціональні повноваження	<p>Головний лікар - прийняття управлінських рішень в межах загальної системи управління закладом.</p> <p>Медична рада – координація діяльності відділень і контроль якості, експертна оцінка якості, впровадження стандартів і протоколів, створення тимчасових робочих комісій, груп, експертних груп, участь у моніторингу ефективності управління якістю, планування заходів з покращення якості.</p> <p>Заступник головного лікаря – керівництво робочою групою з розробки локальних стандартів медичної допомоги.</p> <p>Голова фармако-терапевтичної комісії – керівництво розробкою локального формуляру лікарських засобів.</p> <p>Завідувачі відділень – моніторинг виконання локальних стандартів, експертна оцінка.</p> <p>Завідувач організаційно-методичним відділом – моніторинг виконання локальних стандартів.</p> <p>Головна медична сестра – взаємодія середнього медичного персоналу під час впровадження локальних стандартів медичної допомоги</p>	<p>Головний лікар – планування, організація розробки, забезпечення функціонування системи управління якістю; розробка політики і стратегічних цілей в сфері якості; управлінський аналіз якості; прийняття управлінських рішень з покращення якості.</p> <p>Заступник головного лікаря (з медичних питань) – вповноважений представник головного лікаря з управління якістю. Координація діяльності в системі управління якістю на тактичному рівні. Узагальнення і аналіз даних моніторингу процесів, аудиту процесів і системи, самооцінки системи управління якістю.</p> <p>Медична рада – внесення пропозицій до планування, розробки і забезпечення функціонування системи управління якістю; періодичний аналіз якості допомоги; участь у прийнятті управлінських рішень з покращення якості.</p> <p>Заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи – організація діяльності з визначення нормативних вимог до якості, вимог пацієнтів і співробітників. Керівництво робочою групою з розробки й впровадження допоміжних і управлінських процесів. Керівництво навчально-тренінговим центром. Організація формування бази даних за результатами моніторингу процесів і системи управління якістю.</p> <p>Голови робочих груп з проектування процесів – головні позаштатні спеціалісти (обласні, районні). Керівництво розробкою локальних стандартів медичної допомоги. Моніторинг виконання локальних стандартів процесів. Планування і проведення коригувальних і запобіжних дій за даними моніторингу в межах повноважень. Представлення даних моніторингу і пропозицій з покращення якості на вищій рівень управління.</p> <p>Голова комісії – керівництво розробкою локального формуляру лікарських засобів, аналіз. Керівництво групою аудиту з раціональності використання лікарських засобів.</p> <p>Завідувачі відділень – моніторинг виконання локальних стандартів і аналіз несприятливих результатів медичної допомоги на рівні відділень. Відповідальність за раціональне використання ресурсів.</p> <p>Керівник служби внутрішнього аудиту – керівництво службою внутрішнього аудиту, організація аудитів процесів, результатів діяльності і системи управління якістю.</p> <p>Керівники експертних груп – керівництво</p>

		<p>діяльністю груп з проведення експертної оцінки несприятливих результатів діяльності і спірних питань.</p> <p>Керівники груп самооцінки – керівництво діяльністю груп з проведення самооцінки системи управління якістю.</p> <p>Головна медична сестра – організація роботи молодшого персоналу в системі управління якістю медичної допомоги</p>
Структура	Лінійно-функціонально-матрична структура з переважанням лінійно-функціональної. Головний лікар очолює медичну раду. Низький рівень залучення персоналу до управління якістю.	Лінійно-функціонально-матрична структура з переважанням матричної складової. Медичну раду очолює один із заступників головного лікаря. Високий рівень залучення персоналу до управління (служба внутрішнього аудиту, проектні групи, групи самооцінки).

Досягнення стратегічних цілей по задоволенню вимог усіх зацікавлених у якості медичної допомоги можливо за умови відповідної цілеспрямованої послідовної діяльності (процесів), забезпечення процесів необхідними ресурсами та призначення відповідальних осіб на тактичному та оперативному рівнях управління системою. Такий підхід відповідав Концепції управління якістю медичної допомоги в Україні до 2020 р. щодо застосування процесного підходу, тобто систематичного визначення процесів, їх взаємодії, а також управління ними [16, 21, 23].

Для Шаргородської ЦРЛ ідентифіковані види діяльності з урахуванням визначених цілей, які розподілені на:

- процеси, необхідні для надання власне медичної допомоги (основні процеси);
- допоміжні процеси: управлінської діяльності керівництва, забезпечення якості ресурсів, «зворотного зв'язку» в системі (табл. 3.6).

На «вході» процесу надання медичної допомоги знаходяться пацієнт з потребами в ній, інформація про пацієнта (ф. 027/о, ф. 114/о та інші), необхідні ресурси (персонал, лікарські засоби, медичне обладнання та інше), а на «виході» – пролікований пацієнт, інформація про нього, дані про перебіг процесу, використані ресурси, задоволеність пацієнта.

Таблиця 3.6 - Групи і види процесів у системі управління якістю медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ

Групи процесів	Види процесів у групі
1 Процеси, необхідні для надання медичної допомоги	1.1. Лікувально-діагностичний процес за нозологічними формами. 1.2. Отримання згоди пацієнта на обробку персональних даних; отримання поінформованої згоди на медичні втручання.
2 Процеси управлінської діяльності керівництва (функції управління в сфері якості)	2.1. Процеси взаємодії з пацієнтами (визначення потреб у медичній допомозі, дотримання прав пацієнтів, моніторинг публікацій у засобах масової інформації, робота зі зверненнями громадян). 2.2. Розробка політики й стратегічних цілей в сфері якості медичної допомоги. 2.3. Планування діяльності з досягнення цілей на стратегічному, тактичному і оперативному рівнях управління. 2.4. Планування й розробка організаційної структури системи управління якістю. 2.5. Аналіз функціонування системи управління якістю. 2.6. Прийняття управлінських рішень з покращення якості медичної допомоги, ресурсного забезпечення та функціонування системи; впровадження новітніх технологій.
3 Процеси забезпечення якості ресурсів	3.1. Навчання і мотивація персоналу, визначення професійних потреб і очікувань від професійної діяльності. 3.2. Забезпечення якості інфраструктурних ресурсів (будівель, споруд, приміщень, зв'язку). 3.3. Забезпечення якості робочого середовища (робочих місць та їх обладнання, параметрів робочого середовища). 3.4. Ресурсне забезпечення виконання протоколів (стандартів) медичної допомоги (медичні технології, обладнання, лікарські засоби, вироби медичного призначення, інформаційно-комп'ютерні технології). 3.5. Забезпечення фінансовими ресурсами.
4 Процеси «зворотного зв'язку» в системі	4.1. Моніторинг, вимірювання і оцінка процесу і результатів медичної допомоги, процесів забезпечення ресурсами, процесів управління. 4.2. Аудит процесів, результатів, системи управління якістю. 4.3. Самооцінка системи управління якістю. 4.4. Аналіз даних моніторингу, аудиту, самооцінки.

Процеси забезпечення якості ресурсів пов'язані з процесом надання медичної допомоги, оскільки діагностика і лікування неможливі без

належного діагностичного обладнання, безпечних і клінічно ефективних лікарських засобів, без кваліфікованого і компетентного медичного персоналу, який здійснює лікувальні і діагностичні процедури.

Кожен процес, що відбувається в системі, підлягає плануванню, забезпеченню ресурсами, виконанню дій, та моніторингу, вимірюванню і оцінці результатів вимірювань для забезпечення «зворотного зв'язку» в системі

Під час створення системи управління якістю необхідно пояснити цілі, завдання організації, базові принципи управління якістю та окремих положень стандартів ISO серії 9000. Ця робота покладається на представника керівництва з якості для забезпечення залучення персоналу в роботу з управління якістю та запобігання створенню соціально-психологічних бар'єрів, пов'язаних з упровадженням стандартів ISO серії 9000. Відсутність необхідних роз'яснень може призвести до нерозуміння персоналом значимості впровадження вимог стандартів ISO серії 9000, що, своєю чергою, призведе до зменшення або відсутності ефекту від упровадження системи управління якістю.

Таким чином, стандартизація організаційних технологій на основі Міжнародних стандартів ISO серії 9000 та їх вітчизняних аналогів дасть змогу виконати керівнику Шаргородської РЦЛ необхідні функції на рівні сучасних вимог у сфері управління якістю, а саме: планування високих вимог якості послуг та керівництва; забезпечення постійного виконання технологій управління та раціонального використання ресурсів; ефективного оперативного управління якістю шляхом регулярного й періодичного моніторингу лікувально-діагностичного і допоміжних процесів, системного вимірювання та оцінки отриманих даних, аналізу причин відхилень від запланованих показників; своєчасного здійснення коригувальних заходів у разі виявлення не відповідності у процесах; дотримання циклу постійного покращення процесів навіть за умови досягнення запланованого рівня якості

Висновки до розділу

У роботі пропонується організаційно-економічний механізм управління якістю медичної допомоги, який передбачає проведення циклічної оцінки якості медичних послуг у Шаргородській ЦРЛ і функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги. Базовими елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги; середовище забезпечення якості медичної допомоги у Шаргородській ЦРЛ і цикл аудиту.

Внутрішній аудит буде джерелом інформації, що допоможе головному лікарю об'єктивно оцінити реальний стан якості медичної допомоги в Шаргородській ЦРЛ та приймати управлінські рішення. Самооцінка системи управління якістю спрямовується на проведення контролю функціонування системи управління якістю медичної допомоги Шаргородської РЦЛ з метою виявлення сильних сторін в управлінні якістю, а також напрямків, які потребують покращення.

Для удосконалення процесу виконання клінічного аудиту нами запропоновано розширити спектр клінічних індикаторів оцінки якості медичної допомоги лікарні. Перш за все індикатори використовуються для керування процесом підвищення якості медичних послуг, що надаються, шляхом порівняння та встановлення стандартів, а також для оппроцесу підвищення якості медичних послуг на місцевому рівні і мають широке застосування у світовій практиці. Для реалізації запропонованої системи оцінки якості роботи Шаргородської РЦЛ необхідно створити групу експертів (можливо це будуть завідувачі відділень, провідні фахівці) для формування переліку індикаторів та їх обрахунку. Користуючись світовими напрацюваннями у цій сфері, пропонуємо перелік та характеристику деяких базових клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності Шаргородської РЦЛ.

В умовах формування вітчизняного ринку надання медичних послуг усе більшого значення набувають процеси впровадження СУЯ закладів

сфери охорони здоров'я, які є поширеними у світовій практиці. Впровадження стандартів ISO 9001:2015 дозволяє вирішити низку завдань для Шаргородської РЦЛ:

- покращити якість обслуговування пацієнтів;
- удосконалити послуги, які вже надаються в клініці і, можливо, запускати нові;
- підвищити кваліфікацію персоналу;
- ефективніше розподілити повноваження та зони відповідальності співробітників;
- провести аналіз всіх поточних процесів й усунути недоліки.

ВИСНОВКИ

Покращення якості медичної допомоги в Україні є однією з найактуальніших проблем, про що зазначено в Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я в Україні. За рекомендаціями ВООЗ, при взаємодії лікаря і пацієнта потрібно враховувати 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта отриманою допомогою.

Сучасне уявлення про сутність якості медичної допомоги сформулював видатний учений А. Донабедіан, який розробив теоретичні основи оцінювання якості медичної допомоги та їх практичне впровадження в медичну практику. У своїй концепції підвищення якості вчений дійшов висновку, що під час надання медичних послуг важливим є цілеспрямоване забезпечення якості за такими складовими:

- структура - якість приміщень, обладнання та підготовку персоналу, що задіяний в наданні медичного обслуговування;
- процес - діяльність лікарів, їх компетенцію, ступінь досліджень, направлення до спеціалістів, характеристику призначень і т.д.;
- кінцевий результат - означає зміни в стані здоров'я пацієнта, фактичного або потенційного.

При цьому кожен з компонентів системи управління якістю може розглядатися на різних рівнях його забезпечення: макро, мезо і мікро.

ВООЗ визначає якість послуг як «ступінь, в якій медичні послуги, що надаються окремим особам і пацієнтам, покращують бажані результати щодо здоров'я. Для цього медичне обслуговування має бути безпечним, ефективним з медичної точки зору, своєчасним, справедливим, ефективним за витратами і орієнтованим на людину».

Аналіз міжнародних та національних вимог щодо забезпечення якості медичної допомоги показав, що у багатьох країнах світу були прийняті та діють програми забезпечення якості медичної допомоги. Це обумовлено

очікуванням у суспільстві організації високого рівня якості обслуговування в закладах надання медичної допомоги

В основному системи управління якістю базуються на сертифікації у міжнародній організації стандартизації (ISO). Перші стандарти ISO були зосереджені на технічних специфікаціях, призначених для виробництва та наукових галузей, але пізніше із створенням ISO 9001 масштаби системи управління якістю були розширені в широкому діапазоні, що дало можливість застосовувати цю систему практично до будь-якої організації в будь-якій галузі, враховуючи лікарні.

В Україні про актуальність надання якісної медичної допомоги свідчить значна кількість законодавчих і нормативних документів, у яких визначаються правові та організаційні засади механізмів щодо її забезпечення. У цій сфері правового регулювання діють такі нормативно-правові акти: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; Наказ МОЗ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»; Наказ МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» тощо.

Концептуальною основою, стратегічними орієнтирами політики у медичній галузі України є базові положення сучасної політики ВООЗ «Здоров'я – 2020». Згідно з Концепцією управління якістю медичної в Україні основною метою є створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, покращення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

Об'єктом дослідження другої частини дипломної роботи була Шаргородська ЦРЛ, що знаходиться у м. Шаргород Вінницької області. За період дослідження робота ЦРЛ проводилася згідно програмних документів стратегічного розвитку медичної галузі і спрямована на: профілактику та лікування серцево-судинних, судинно-мозкових захворювань; боротьбу з

онкологічними захворюваннями, СНІДом, вірусними гепатитами; підтримання статусу «Лікарня доброзичлива до дитини»; забезпечення виконання завдань визначених програмою «Репродуктивне здоров'я»; забезпечення виконання комплексної програми «Цукровий діабет» лікування та профілактика ускладнень; забезпечення виконання «Програми протидії захворювання на туберкульоз»; виконання програми «Здоров'я нації 2020»; виконання програми «Майбутнє Шаргородщини в збереженні здоров'я громадян».

Шаргородська РЦЛ має у своєму складі консультативно-поліклінічне відділення та стаціонар. Амбулаторно-поліклінічне відділення в своєму складі має: жіночу консультацію; клініко-діагностичну лабораторію; кабінет рентген-діагностичних досліджень; кабінет функціональної діагностики; фізіотерапевтичний кабінет; кабінет ЛФК; ендоскопічний кабінет; кабінет ультразвукової діагностики та відділення трансфузіології.

В амбулаторно-поліклінічному відділенні з метою раціонального використання ліжкового фонду проводять малі оперативні втручання, які не потребують цілодобового нагляду. Стаціонарна допомога надається в стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації.

Станом на 01.01.2020 року в ЦРЛ працює 64 лікарів, 183 середнього мед. персоналу, 109 – молодшого та 98 іншого персоналу. Всього 458 осіб. Кількість зареєстрованих 491,75 посади, зайнято – 478,25. Щороку знижується питома вага атестованих лікарів. Кількість населення регіону, що обслуговує Шаргородська РЦЛ також знижується, однак нижчими темпами ніж кількість лікарів. Обсяги фінансування щороку зростають.

Загальний аналіз діяльності амбулаторно-поліклінічного відділення показав, що відбувається загальне скорочення кількості викликів на періодичні огляди, кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні Шаргородської РЦЛ, числа відпущених процедур

фізіотерапевтичного кабінету та ЛФК кабінету. За період дослідження зменшення кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні становить 176 операцій, тобто зниження на 4,22%. Протягом 2017-2019 років зростає кількість клініко-діагностичних, рентген-діагностичних досліджень, кількість досліджень кабінету ультразвукової діагностики.

Обсяги надання стаціонарної допомоги також зменшуються. Протягом періоду дослідження відбулось зменшення кількості ліжок на 8,1%, як результат кількість пролікованих хворих також зменшується. Незначне зростання показує рівень забезпеченості ліжками на 10 000 населення (101,6%).

Для забезпечення якісної діяльності та розвитку Шаргородська ЦРЛ залучає додаткові кошти з різних джерел, зокрема у 2019 році використовувались такі джерела коштів: медична субвенція, районний бюджет, спеціальний фонд, благодійна допомога, дотації. Щороку відбувається оновлення медичного обладнання, проводиться поточний та капітальний ремонт корпусів лікарні.

Результати SWOT/ PEST - аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища Шаргородської РЦЛ показали, що основними завданнями та заходами розвитку Шаргородської РЦЛ на 2021 рік мають бути: забезпечення належного рівня матеріально-технічної бази закладу та покращення умов для якісного надання медичних послуг (а саме: визначити методику та організувати процес проведення внутрішнього аудиту для контролю якості медичної допомоги; розширити спектр клінічних індикаторів оцінки якості медичної допомоги; розпочати підготовчу роботу щодо створення системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000).

У проектній частині дипломної роботи зазначено, що формування сукупності складових у системі управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ створює основу можливих напрямків покращення якості медичного обслуговування Шаргородської ЦРЛ.

У роботі наведені результати побудови системи основних факторів забезпечення якості медичної допомоги Шаргородської ЦРЛ за допомогою діаграми Ісікави.

Сучасний економічний стан галузі унеможлиблює суттєве збільшення ресурсної складової підвищення якості медичного обслуговування, тому актуальними є питання ефективного використання ресурсів. Тому нами пропонується організаційно-економічний механізм управління якістю медичної допомоги, який передбачає проведення циклічної оцінки якості медичних послуг у Шаргородській ЦРЛ і функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги. Базовими елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги; середовище забезпечення якості медичної допомоги у Шаргородській ЦРЛ і цикл аудиту.

Внутрішній аудит буде джерелом інформації, що допоможе головному лікарю об'єктивно оцінити реальний стан якості медичної допомоги в Шаргородській ЦРЛ та приймати управлінські рішення. Самооцінка системи управління якістю спрямовується на проведення періодичного контролю функціонування системи управління якістю медичної допомоги Шаргородської РЦЛ з метою виявлення сильних сторін в управлінні якістю, а також напрямків, які потребують покращення. Результати самооцінки можна використати для визначення стратегії розвитку ЦРЛ, розробки перспективних планів з удосконалення діяльності і підвищення задоволеності усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін. У дипломній роботі ми пропонуємо виконувати аудит відповідно до тріади Донабедіана.

Для удосконалення процесу виконання клінічного аудиту нами запропоновано розширити спектр клінічних індикаторів оцінки якості медичної допомоги лікарні. Перш за все індикатори використовуються для керування процесом підвищення якості медичних послуг, що надаються, шляхом порівняння та встановлення стандартів, а також для оптимізації процесу підвищення якості медичних послуг на місцевому рівні і мають

широке застосування у світовій практиці. Для реалізації запропонованої системи оцінки якості роботи Шаргородської РЦЛ необхідно створити групу експертів (можливо це будуть завідувачі відділень, провідні фахівці) для формування переліку індикаторів та їх обрахунку. Користуючись світовими напрацюваннями у цій сфері, пропонуємо перелік та характеристику деяких базових клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності Шаргородської РЦЛ.

В умовах формування вітчизняного ринку надання медичних послуг усе більшого значення набувають процеси впровадження СУЯ закладів сфери охорони здоров'я, які є поширеними у світовій практиці. У багатьох високорозвинених країнах вимоги проходження медичними закладами процедури сертифікації на відповідність міжнародним стандартам серії ISO 9001 визначено законодавчо: наприклад, у Німеччині усі державні та недержавні клініки зобов'язані мати свою систему контролю якості, а 99 % із них обирали впровадження СУЯ відповідно до вимог ISO 9001.

Відповідно до вимог Наказу МОЗ України від 20.12.2013 р № 1116 зі зміни критеріїв для державної акредитації закладів охорони здоров'я, для отримання вищої категорії в лікувальному закладі повинна бути впроваджена і сертифікована система управління якістю за стандартом ДСТУ ISO 9001:2015. Наступний важливий момент, який потрібно враховувати, — це те, що в більшості випадків отримання сертифікату ISO 9001:2015 не є самоціллю: це лише проміжний етап, необхідний для успішного проведення інших юридичних процедур. Мова йде не тільки про отримання вищої акредитаційної категорії, але й про оформлення участі у тендерах, видачу медичних документів для міжнародного використання та багато іншого.

Таким чином, впровадження стандартів ISO 9001:2015 в будь-якому разі дозволяє вирішити низку завдань для Шаргородської РЦЛ:

- покращити якість обслуговування пацієнтів;
- удосконалити послуги, які вже надаються в клініці і, можливо, запустити нові;

- підвищити кваліфікацію персоналу;
- ефективніше розподілити повноваження та зони відповідальності співробітників;
- провести аналіз всіх поточних процесів й усунути недоліки.

Відповідно до концепції стратегічного управління в охороні здоров'я і принципу всебічного менеджменту якості «Лідерство», сполученому з положеннями ДСТУ ISO 9001:2015, керівництво Шаргородської ЦРЛ повинно задекларувати загальні наміри та напрямки діяльності закладу охорони здоров'я в сфері якості. Політику в сфері якості медичної допомоги КНП «Шаргородська ЦРЛ» представлено у роботі.

Діагностування діючої в організації системи якості, навіть якщо вона належним чином не документована, являє собою попередній аналіз системи управління якістю й оцінку ступеня її відповідності вимогам ДСТУ ISO 9001.

Діагностування системи управління якістю Шаргородської РЦЛ показало, що мають бути зміни, пов'язані з організаційною структурою. У роботі доведено, що доцільно ввести представника керівництва з якості, а також вимагає перегляду нечітко визначений розподіл функцій головного лікаря і медичної ради в напрямку їх сумісної діяльності, у першу чергу, з вирішення стратегічних завдань. Рекомендації щодо змін в системі управління Шаргородської ЦРЛ наведено у таблиці 3.5 роботи.

Досягнення стратегічних цілей по задоволенню вимог усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін можливо за умови відповідної цілеспрямованої послідовної діяльності, забезпечення процесів необхідними ресурсами та призначення відповідальних осіб на тактичному та оперативному рівнях управління системою. Такий підхід відповідає Концепції управління якістю медичної допомоги в Україні щодо застосування процесного підходу, тобто систематичного визначення процесів, їх взаємодії, а також управління ними [16, 21, 23]. У роботі для Шаргородської ЦРЛ ідентифіковані види діяльності з урахуванням визначених цілей (табл.3.6).

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ