

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

ДИПЛОМНА РОБОТА

магістра
 Освітній рівень

на тему: «Удосконалення інтегрованої системи безперервного підвищення якості
 надання медичних послуг закладом охорони здоров'я
 (на прикладі КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», м.Могилів-
 Подільський)»

ДРБА.013477.02.19.00

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

Виконала студентка 2 курсу, група МО (в,мб) з-2	_____	Є.А. Цибульчак
--	-------	----------------

Керівник: док.екон.наук, проф. каф. ЕМА	_____	І.В. Бабій
---	-------	------------

Нормоконтролер	_____	
----------------	-------	--

До захисту допускаю Зав. кафедри ЕМА, канд.екон.наук, проф	_____	Н.М. Тюріна
_____ грудня 2020 р.		

Хмельницький, 2020

АНОТАЦІЯ

Цибульчак Є. А. «Удосконалення інтегрованої системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», м.Могилів-Подільський)». Керівник роботи док.е.н., проф. кафедри ЕМА Бабій І.В. Дипломна робота магістра: 110 с., 28 рисунків, 15 таблиць, 33 джерела посилання.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ЯКІСТЬ, МЕДИЧНА ПОСЛУГА, СТАНДАРТИЗАЦІЯ, СИСТЕМА ЯКОСТІ, УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ.

Досліджено теоретико-методичні засади управління якістю надання медичних послуг закладом охорони здоров'я. Розглянуто поняття якості як об'єкта управління. Визначено особливості управління якістю послуг. Проаналізовано особливості управління якістю надання медичних послуг. Узагальнено проблеми якості надання медичних послуг та можливі шляхи їх вирішення.

Виконано аналіз та оцінювання системи управління якістю надання медичних послуг КНП «Могилів-Подільський районний центр первинної медико-санітарної допомоги».

Визначено та обґрунтовано запровадження інтегрованої системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг закладом охорони здоров'я через удосконалення системи фінансово-економічних розрахунків за виконані медичні послуги та застосування суцільної автоматизованої експертизи для забезпечення комплексного оцінювання якості надання медичної послуги

(підпис та ПІБ)

_____ 202__ р.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	5
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1 Поняття якості як об'єкта управління	7
1.2 Сутність та значення управління якістю послуг	12
1.3 Особливості управління якістю надання медичних послуг	18
1.4 Проблеми якості надання медичних послуг та можливі шляхи їх вирішення	26
Висновки до розділу 1	35
2 АНАЛІЗ ТА ОЦІНЮВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКИЙ РАЙОННИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»	37
2.1. Загальна характеристика підприємства та аналіз його техніко-економічних показників	37
2.2 Аналіз системи управління якістю медичних послуг КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»	53
2.3 Оцінювання якості надання медичних послуг КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»	61
2.4 SWOT-аналіз підприємства	68
Висновки до розділу 2	73
3 УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКИЙ РМЦ ПМСД»	75
3.1 Запровадження інтегрованої системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг закладом охорони здоров'я	75
3.2 Удосконалення системи фінансово-економічних розрахунків за	77

виконані медичні послуги	
3.3 Застосування суцільної автоматизованої експертизи для забезпечення комплексного оцінювання якості надання медичної послуги	88
3.4 Економічне обґрунтування впровадження системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг	97
Висновки до розділу 3	100
ВИСНОВКИ	103
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	106
ДОДАТКИ	110

ВСТУП

В Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року зазначено, що на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я якість надання медичних послуг вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я від нижньої її ланки – лікувально-профілактичного закладу, до верхньої – Міністерства охорони здоров'я України. Забезпечення якості при наданні медичної послуги у більшості країн розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я. В багатьох країнах прийняті і діють програми забезпечення якості надання медичної послуги [2].

Водночас численні матеріали свідчать [1–3], що значна кількість медичних втручань, в тому числі в різних країнах Європейського союзу, здійснюється на рівні нижчому за передбачуваний. Виявлено, що значна частка клінічних процедур недоцільна та нерентабельна. Маємо переконливі дані, що 20-30% медичних втручань є неефективними (або непотрібними або шкідливими). Реєструються надзвичайно великі розбіжності в результатах надання медичної послуги не лише між країнами або регіонами однієї країни, а й між окремими закладами охорони здоров'я та лікарями. Як бачимо, поліпшення якості надання медичних послуг в Україні – одна з актуальних проблем сьогодення [2].

Таким чином, проблеми управління і оцінки якості та безпеки надання медичних послуг населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. Актуальність питань забезпечення якості особливо зростає в період реформування галузі охорони здоров'я.

Теоретичною основою нашого дослідження стали праці, присвячені проблемам якості в медичних і лікувально-профілактичних установах, особливостям управління якістю медичних послуг та вдосконалення менеджменту якості в охороні здоров'я в цілому. У зв'язку з цим були використані дослідження

таких авторів, як О.В. Чехун, З.О. Надюк, С.В. Онишко, К.В. Павлюк, А.В. Устинов та інші.

Метою роботи є розвиток теоретичних основ управління якістю надання медичних послуг та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг закладом охорони здоров'я.

Основними завданнями дипломної роботи є:

- дослідити та розвинути теоретико-методичні засади управління якістю надання медичних послуг;
- визначити особливості управління якістю надання медичних послуг закладами, що належать до сфери охорони здоров'я;
- провести комплексний аналіз фінансово-господарської діяльності КНП «Могилів-Подільський районний центр первинної медико-санітарної допомоги»;
- розробити практичні рекомендації щодо удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг КНП «Могилів-Подільський районний центр первинної медико-санітарної допомоги».

Об'єкт дослідження – процеси управління якістю надання медичних послуг закладом охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретико-методичні та прикладні аспекти управління якістю надання медичних послуг закладом охорони здоров'я.

Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі були використано такі методи: систематизації, узагальнення, порівняння, індексний, балансовий, аналітичний, структурно-логічний, графічний, економіко-математичний та інші методи.

Магістерська робота загальним обсягом 110 сторінок складається зі вступу, трьох розділів, висновків, та містить список використаних джерел із 33 найменувань. Магістерська робота ілюстрована 28 рисунками і містить 15 таблиць.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Поняття якості як об'єкта управління

У ринковій економіці проблема якості є найважливішим фактором підвищення рівня життя, економічної, соціальної та екологічної безпеки. Якість – комплексне поняття, що характеризує ефективність усіх сторін діяльності: розробка стратегії, організація виробництва, маркетинг тощо [8, с. 7]. В сучасній літературі і практиці існують різні трактування поняття якість. Наприклад, Дж. Харрінгтон визначає якість як «задоволення або перевищення вимог споживача за прийнятною для нього ціною» [8, с. 8].

Міжнародна організація стандартизації визначає якість (Стандарт ISO–8402) як сукупність властивостей і характеристик продукції або послуги, які надають їм здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби [3]. При цьому якість характеризується комплексом притаманних їй властивостей та ступенем відповідності товару функціональним, органолептичними, естетичним та іншим вимогам, що визначають можливість задоволення тих чи інших потреб.

Цей стандарт запровадив такі поняття, як «забезпечення якості», «управління якістю», «спіраль якості». Вимоги до якості на міжнародному рівні визначені стандартами ISO серії 9000. Перша редакція міжнародних стандартів ISO серії 9000 вийшла наприкінці 80-х років і ознаменувала вихід міжнародної стандартизації на якісно новий рівень. Ці стандарти увійшли безпосередньо у виробничі процеси, сферу управління й встановили чіткі вимоги до систем забезпечення якості. Вони поклали початок сертифікації систем якості. Виник самостійний напрям менеджменту – менеджмент якості. В даний час вчені і практики за кордоном пов'язують сучасні методи менеджменту якості з

методологією TQM (total quality management) – загальним (всеохоплюючим, тотальним) менеджментом якості.

У стандарті ISO 9001: 2000 модель управління якістю вказує на процесний підхід до даного поняття. В основі лежить модель процесу (Process Model) (рис. 1.1).



Рисунок 1.1 – Система управління якістю (особлива увага приділяється споживчим вимогам як вхідним параметрам та задоволенню споживача як вихідного результату)

Джерело: сформовано за допомогою [3]

Як видно з рис. 1.1, модель процесу управління якістю складається з чотирьох розділів:

- адміністративна відповідальність;
- управління ресурсами;
- виробництво продукції та / або послуги;
- вимірювання, аналіз, поліпшення.

Для правильного розуміння проблем якості необхідно враховувати наступні положення [9, с. 21]:

- якість має бути орієнтована на споживача;
- якість є одним з ключових факторів конкурентоспроможності;
- забезпечення якості – не тільки технічна функція, реалізована якимось одним підрозділом, а систематичний процес, пронизує всю організаційну структуру компанії;
 - питання якості актуальні не тільки в рамках виробничого процесу, але і в сфері розробки, маркетингу тощо;
 - підвищення якості продукції нерозривно пов'язане з оновленням технології;
 - загальне підвищення якості досягається тільки за допомогою економічно зацікавленої участі всіх, хто задіяний у створенні або послуги.

Сучасне управління якістю виходить з того, що діяльність з управління якістю не може бути ефективною після того, як продукція вироблена, ця діяльність повинна здійснюватися в ході виробництва продукції. Важлива також діяльність щодо забезпечення якості, яка передує процесу виробництва.

Якість визначається дією багатьох випадкових, одиничних і суб'єктивних факторів. Для попередження впливу цих факторів на рівень якості необхідна система управління якістю. При цьому потрібні не окремі розрізнені й епізодичні зусилля, а сукупність заходів постійного впливу на процес створення продукту з метою підтримання відповідного рівня якості.

Розрізняють керуючу та керовану системи. Керована система представлена різними рівнями управління організацією (фірмою та іншими структурами). Керуюча система створює і забезпечує менеджмент якості. У сучасній літературі і практиці використовуються наступні концепції менеджменту якості [10, с. 11]:

- система якості (Quality System);
- система менеджменту, заснована на управлінні якістю (Quality Driven Management System);
- загальне управління якістю (Total Quality Management);
- забезпечення якості (Quality Assurance);
- управління якістю (Quality Control);

- статистичний контроль якості (Statistical Quality Control);
- система забезпечення якості (Quality Assurance System);
- гарантія продукції (Product Assurance);
- загальний виробничий менеджмент (Total Manufacturing Management);
- передовий виробничий досвід (Good Manufacturing Practices);
- система управління виробничим середовищем (Environmental Management System);
- система «ми стурбовані» (We Care);
- система «стурбованість відповідальних осіб» (Responsible Care);
- загальний менеджмент якості в сфері охорони навколишнього середовища (Environmental TQM);
- загальне забезпечення виробництва (Total Manufacturing Assurance);
- інтегрований менеджмент процесів (Integrated Process Management);
- менеджмент з метою поліпшення якості (Management for Quality Improvement);
- повне (наскрізне, тотальне) управління якістю і продуктивністю (Total Quality and Productivity Management);
- інтегрований менеджмент якості (Integrated Management);
- система впровадження безперервних поліпшень (Continuous Improvement Implementation System);
- повне перетворення якості (Total Quality Transformation);
- менеджмент системи якості (Quality System Management).

Є й інші концепції менеджменту якості. Вище представлена тільки невелика їх частина, але важлива для розуміння якості як об'єкта управління. Перераховані концепції відображають сутність різних методів, що використовуються в методології TQM для вирішення різних проблем якості. TQM має величезне значення в управлінні сучасними фірмами. Керуюча система починається з керівництва вищої ланки.

Саме керівництво вищої ланки має виходити з стратегії, що фірма здатна на більше в порівнянні з попереднім. В організаційній структурі фірми можуть бути

передбачені спеціальні підрозділи, що займаються координацією робіт з управління якістю.

Розподіл спеціальних функцій управління якістю між підрозділами залежить від обсягу і характеру діяльності фірми [11, с. 27].

Для якості як об'єкта менеджменту властиві всі складові частини менеджменту: планування, аналіз, контроль.

Сучасний менеджмент якості базується на результатах досліджень, виконаних великими закордонними корпораціями по програмами консультантів з управління якістю. У 80-і роки на політику цих і ряду інших фірм вплинули розробки Ф. Б. Кросбі, У. Е. Демінга, А. В. Фейгенбаума, К. Ісікави, Дж. М. Джурана. Основою діяльності провідних фірм стали наступні напрями поліпшення роботи:

- зацікавленість керівництва вищої ланки;
- освіта ради щодо поліпшення якості роботи;
- залучення всього керівного складу в процес поліпшення роботи;
- забезпечення колективної участі;
- забезпечення індивідуальної участі;
- створення груп з удосконалення систем (груп регулювання процесів);
- більш повне залучення постачальників;
- забезпечення якості функціонування систем управління;
- розробка і реалізація короткострокових планів та довгострокової стратегії поліпшення роботи;
- створення системи визнання заслуг [8, с. 37–38].

Фірми, що функціонують в ринковій економіці, формулюють політику в області якості таким чином, щоб вона стосувалася діяльності кожного працівника, а не тільки якості пропонованих виробів або послуг. У політиці чітко визначаються рівні стандартів якості роботи для конкретної фірми і аспекти системи забезпечення якості. При цьому продукція заданої якості повинна бути поставлена споживачеві в задані терміни, в заданих обсягах і за прийнятну ціну.

Сьогодні в управлінні якістю важливе значення має наявність на фірмах сертифікованої системи менеджменту якості, що є гарантією високої стабільності і стійкості якості продукції. Сертифікат на систему якості дозволяє зберегти конкурентні переваги на ринку.

Крім того, важливо розглянути питання управління якістю послуг.

1.2 Сутність та значення управління якістю послуг

Особливості управління якістю послуг обумовлені специфікою самого поняття «послуга».

Послуга – це господарська діяльність, спрямована на задоволення потреб замовників – фізичних і (або) юридичних осіб – шляхом надання їм духовних, соціальних, матеріальних благ або створює умови для споживання зазначених благ.

Послуга є специфічним продуктом, виробленим на вимогу замовника, і виражається в зміні умов споживання або зміні самого споживача (рис. 1.2) [12; 17].

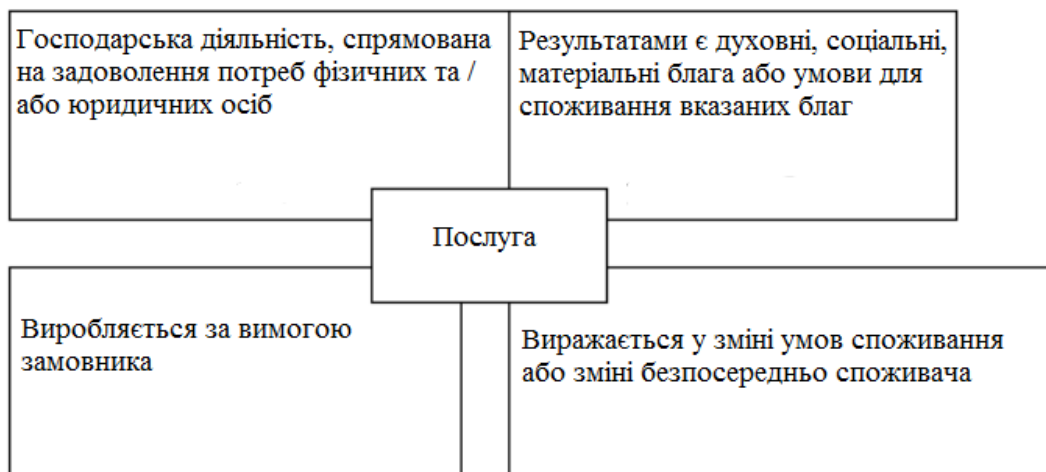


Рисунок 1.2 – Особливості послуги [12; 17]

Сфера послуг – сукупність галузей, підгалузей і видів діяльності, функціональне призначення яких в системі громадського виробництва виражається у виробництві і реалізації послуг і духовних благ для населення [14].

Для здійснення ефективного управління підприємством сфери послуг важливо розуміти природу послуг, сутність і враховувати їх специфіку.

У сучасній економіці однією з глобальних тенденцій є гігантське зростання сфери послуг, що охоплює широке поле діяльності: торгівлю, транспорт, готелі, туристичні та рекламні агентства, консультаційні фірми, підприємства освіти та охорони здоров'я, музеї, театри, кіно тощо. За даними статистичних організацій, частка послуг у валовому національному продукті розвинених індустріальних країн становить від 2/3 до 3/4. На сферу послуг припадає в США 73 % робочих місць із залишених після вирахування зайнятих в сільському господарстві. Аналогічний показник в Німеччині – 41 %, Італії – 35 % [14].

У число зайнятих в сфері послуг входять не тільки працюючі безпосередньо в даній індустрії (банки, туристичні агентства, готелі та ін.), а й працівники інших сфер економіки. Так, у багатьох галузях, що належать добувній або обробній галузі, теж надаються послуги (наприклад, перевезення). Розвиток виробництва нині неможливий без фінансових, інформаційних та інших послуг [15, с. 131].

Виробництвом послуг, що відрізняються великою різноманітністю, займаються як урядові, так і некомерційні організації.

В рамках сфери об'єднується широке коло особливих, послуг що впливають із специфіки продукту, що виробляється, видів господарської діяльності, спрямованої на задоволення особистих потреб населення і потреб виробництва, а також потреб суспільства в цілому.

При цьому в якості суб'єктів діяльності виступають:

- організації, повністю орієнтовані на надання послуг;
- організації, що мають в цілому інше функціональне призначення;
- індивідуальні виробники послуг.

Характеризуючи функціональне призначення сфери послуг (рис. 1.3), доцільно виділяти економічні та соціальні функції [12, с. 18-19].



Рисунок 1.3 – Функціональне призначення суб'єктів у сфері послуг [12, с. 19]

Економічні функції:

- обслуговування процесу виробництва як матеріальних, так і нематеріальних благ (послуг) шляхом надання послуг підприємствам;
- відтворення робочої сили шляхом надання послуг населенню;
- створення додаткових матеріальних благ шляхом виробництва на замовлення або відновлення втрачених споживчих властивостей товарів особистого користування.

Соціальні функції:

- задоволення потреб населення в різних видах обслуговування у зв'язку з дією різноманітних соціальних ризиків, таких як втрата здоров'я, втрата батьків в дитячому віці, загроза безпеки;
- зниження витрат і поліпшення умов праці в домашніх господарствах;
- організація використання вільного часу;
- забезпечення громадської безпеки та нормального функціонування держави, охорона громадського порядку [12, с. 19].

Щоб з'ясувати особливості та проблеми менеджменту сфери послуг, необхідно коротко зупинитися на специфіці цієї сфери діяльності та її відміну від

сфери матеріального виробництва. Система надання послуг, як вважає Б.Карлоф, подібна системі виробництва і розподілу в промисловій компанії, хоча часто представлена абсолютно у іншому вигляді [10, с. 105]. Разом з тим є ряд специфічних особливостей [16, с. 281].

Характерними особливостями володіють самі послуги. Виділяють п'ять найважливіших характеристик послуг, що визначають управління ними і процес обслуговування споживачів (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Основні характеристики послуг [17, с. 452]

Характеристика послуг	Проблеми менеджменту
Невідчутність	Відсутність товару: послуга є дією або досвідом. Труднощі в наданні стандартних зразків: придбання послуг пов'язане з ризиком для клієнта. Послугу не можна продемонструвати: утруднена диференціація пропозицій. Відсутність патентної системи: вільний вхід на ринок для конкурентів
Нероздільність надання послуг та їх споживання	Споживачі беруть участь в процесі надання послуг. Залучення до процесу обслуговування груп споживачів: проблема контролю. Компанію, що надає послуги, представляє її персонал: сприйняття постачальника визначається відношенням клієнта до її співробітникам. Умови обслуговування – відмінна риса постачальника. Труднощі з розширенням компаній, що надають послуги: необхідність створення мереж
Гетерогенність	Стандартизація послуг утруднена, оскільки їх характеристики багато в чому визначаються споживачами. Проблема контролю якості послуг: різноманітність умов обслуговування
Незбережність	Послуги не можна зберігати: відсутні товарні запаси. Проблеми, пов'язані з піковим навантаженням: низька ефективність праці. Труднощі з встановленням цін на послуги: проблеми з ціноутворенням
Відсутність прав власності на послуги	Клієнти не можуть володіти послугою: обслуговування аналогічно оренді

З таблиці 1.1 бачимо, що вивчення змісту якості послуг ускладнене безпосередньо специфічністю послуг, як об'єкта управління.

Існують різні підходи до тлумачення поняття «якість послуги». Найбільш вживаним є визначення, дане в Міжнародному стандарті ISO 8402–94

«Управління якістю і забезпечення якості. Словник », відповідно до якого «якість послуги – це сукупність характеристик послуги, які надають їй здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби » [3].

При цьому, згідно з новою діючою версією стандарту «якість продукції та послуг організації визначаються здатністю задовольняти споживачів, а також навмисним або ненавмисним впливом на відповідні зацікавлені сторони».

Е. Ромашко і ряд інших дослідників якість послуг трактують як «оцінку споживачем її властивостей, якості, відповідності нормам. Це поняття визначає, в якій мірі споживач задоволений її результатом. На якість послуг впливають матеріали, обладнання, яке використовується під час роботи».

Крім того, ряд авторів [13; 8; 18] щодо якості послуг виділяють:

- компетентність (фірма володіє необхідними навичками і знаннями, щоб надати послугу);
- безпеку (захист від ризику фізичного і морального);
- відчутність (матеріальна привабливість приміщень і форми персоналу).

Для підприємств сфери послуг вирішальне значення має те, що і як потенційний споживач сприймає за якість на ринку послуг, тобто при розгляді поняття «якість» в центрі уваги знаходиться особистість споживача.

При оцінці якості послуги споживач порівнює те, що йому надали, з тим, що він бажав отримати.

Вибіркове сприйняття означає, що одна і та ж послуга сприймається усіма її споживачами по-різному, внаслідок індивідуальності їх характеру, інтересів, особистих якостей, знань, а також ситуації, в якій відбувається споживання послуги.

Сприйняття якості може під час споживання пристосовуватися до сформованих очікувань.

Постійне виправлення сприйнятого відбувається, коли споживач намагається використовувати чужий досвід – друзів, колег по роботі, сусідів, яким знайома послуга або її окремі елементи.

З точки зору задоволення потреб клієнтів особливий інтерес представляє запропонована американськими вченими Кедотта і Тердженом типологія елементів обслуговування в результаті вивчення потреб, що впливають на прийняття рішення клієнтів про придбання послуг. Цими науковцями були виділені чотири групи елементів обслуговування:

- критичні;
- нейтральні;
- ті, що приносять задоволення;
- розчаровують [8].

Критичні елементи є сутністю сфери послуг. Це головні фактори, які безпосередньо впливають на поведінку споживача. Вони повинні бути присутніми в першу чергу, оскільки засновані на мінімумі стандартів, прийнятних для споживачів. Якщо підприємства хочуть вижити в конкурентній боротьбі, вони повинні зробити все, щоб запропонувати саме ці елементи обслуговування. Приклади їх дуже прості: чистота холів та кабінетів, безпека діагностичних та лікарських послуг для здоров'я клієнтів. Критичними ці елементи називаються тому, що вони викликають або позитивну, або негативну реакцію залежно від того, досягнуті ці мінімальні стандарти чи ні.

Нейтральні елементи, навпаки, не чинять прямого впливу на діяльність підприємства. До цих елементів можна віднести колір уніформи обслуговуючого персоналу, палітру фарб, в яких виконаний інтер'єр будівлі, розташування автомобільної стоянки тощо. Так як ці елементи мають досить слабкий вплив на ступінь задоволення споживачів, на них не варто витратити значні управлінські зусилля.

Елементи, що приносять задоволення можуть викликати позитивну реакцію, якщо очікування перевершені, але ніякої реакції не буде, якщо очікування задоволені або, навпаки, не задоволені. Прикладами можуть слугувати наявність автомату з безкоштовними бахілами, наявність автомату з напоями, своєчасність прийому тощо. Очевидно, що подібні елементи дозволяють підприємству бути помітним на загальному тлі аналогічних підприємств. Такі елементи не додають

неприємностей, якщо клієнти їх не отримують, і, навпаки, приносять задоволення, якщо клієнти раптом виявляють їх.

Елементами, що розчаровують послуги стають тоді, коли вони не задовольняють очікувань споживача і відповідно викликають негативну реакцію. Однак ніякої реакції може не бути, якщо все робиться правильно. До таких елементів відносяться і невдало обрана або організована стоянка для машин, що змушує гостей далеко йти; відмова від оплати за найбільш поширеними кредитними картками; недружелюбність персоналу; брудна підлога в холі [18] тощо.

Є також і свої особливості щодо управління якістю надання медичних послуг, про що йтиметься у наступному параграфі.

1.3 Особливості управління якістю надання медичних послуг

Охорона та зміцнення здоров'я населення займають пріоритетне місце в державній політиці країн з соціально орієнтованою ринковою економікою. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я – це стан фізичного, духовного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів. Одним з найважливіших напрямів вдосконалення охорони здоров'я населення є забезпечення загальнодоступності, якості і безпеки медичних послуг. Якість медичних послуг забезпечується наявністю законодавчої бази, стандартів, кваліфікацією персоналу, управлінням ресурсами, ставленням медичного персоналу до пацієнтів.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ) [1–2] та інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

В законодавстві про охорону здоров'я України основні поняття, що стосуються якості надання медичних послуг мають таке значення:

– медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами;

– медичне обслуговування – діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням;

– послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) – послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт.

На жаль, як бачимо, не визначено сутність поняття якості медичної послуги, якості медичного обслуговування населення.

Разом з тим, вказано, що систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти. Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я встановлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії».

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я визнано:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт);
- клінічний протокол;
- таблиць матеріально-технічного оснащення;
- лікарський формуляр.

В Основах законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ) [1] зазначено, що галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я розробляються і затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є також інші норми, правила та нормативи, передбачені законами, які регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я.

Крім того, зазначено, що додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики [1].

У Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, затвердженої Наказом МОЗ України № 454 від 01.08.2011 р. зазначено [2], що якісне медичне обслуговування – це обслуговування, заради якого ресурси організовуються таким чином, щоб максимально ефективно і безпечно задовольняти потреби тих, хто потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без зайвих витрат, відповідно до вимог та можливостей сучасного рівня розвитку науки.

Слід зауважити, що оскільки здоров'я «не може бути задоволено безпосередньо, шляхом виробництва, надання, продажу споживачеві товару під назвою «здоров'я» економіка здатна задовольняти цю специфічну потребу тільки за допомогою послуг і товарів, що сприяють підтриманню і зміцненню здоров'я, запобігають хворобам і виліковують від них» [2].

В економічних термінах фізіологічна потреба в підтримці, збереженні здоров'я і лікуванні та реабілітації виражається в попиті на медичні послуги, а їх задоволення – в пропозиції медичних установ необхідного обсягу і виду послуг. При цьому задоволення населення в медичних послугах відрізняється і залежить від рівня розвитку медицини, якості наданої медичної допомоги, доходу споживача послуги, технологій, що використовуються.

Ряд дослідників [14–23] розглядають медицину як одну з форм надання послуг населенню, при цьому вони керуються офіційним тлумаченням терміну «послуга», прийнятим Міжнародною організацією зі стандартизації. Послуга цією організацією представляється як результат безпосередньої взаємодії виконавця і споживача, а також власної діяльності виконавця щодо задоволення його потреб.

У науковій літературі, нормативно-правових актах терміни «медична послуга» та «медична допомога» часто ототожнюються і мають схожий зміст.

Вважаємо, що необхідно розмежувати смисловий зміст даних понять. Слід зазначити, що термін «медична допомога», перш за все, спрямований на задоволення потреб населення в підтримці і відновленні здоров'я, яке гарантує держава, а надання медичної допомоги має на увазі надання її безкоштовно для населення за рахунок відповідного бюджету. Тому «медична допомога» не може бути товаром і не має вартісної оцінки. У той же час можна привести одне з визначень медичної послуги як продукту, що задовольняє певні потреби [14–23].

Медична послуга – товар, який має цінність для людини через свою здатність задовольняти її потреби особистого здоров'я і є засобом вирішення проблем, що виникають через незадовільний стан здоров'я [14–23].

Таким чином, медичні послуги можна вважати товаром, тим більше, що цей вид послуг успішно продається на ринку. Якщо розглядати товар як результат, представлений матеріально, то в охороні здоров'я до нього належать лікарські препарати та засоби, предмети догляду за хворими, апарати для надання медичних послуг.

В економічній літературі поняття «медична допомога» включає поняття сукупності медичних послуг, тобто надання декількох видів простих або складних медичних послуг. Тому вважаємо, що термін «медична допомога» має ширше значення, в його склад входить поняття «медична послуга» [5].

Тобто медична послуга – це вид медичної діяльності, яка надається медичними працівниками, спрямована на оздоровлення організму, відновлення його фізичного і психічного здоров'я, що має самостійне закінчене значення і вартісну оцінку [5].

У свою чергу під якістю медичної допомоги слід розуміти зміст взаємодії лікаря і пацієнта, заснованої на кваліфікації персоналу, тобто здатність лікаря знижувати ризик прогресування захворювання і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичної підсистемою.

Характеризуючи специфіку медичних послуг, слід зазначити, що в силу їх особливостей буває досить важко забезпечити не тільки належну якість послуги, а й усвідомлення пацієнтом того, що це якість дійсно досягнуто.

Це визначається:

- непостійністю самої якості, що залежить від безлічі складових;
- розмитістю поняття якості в охороні здоров'я взагалі – як з точки зору об'єктивних критеріальних оцінок, так і з позицій уявлень кожного пацієнта про належну якість;
- динамічністю (незбережністю) як послуги, так і її результату протягом часу, який може змінюватися як в позитивну сторону (поступове повне відновлення функцій після перенесеного захворювання або операції), так і навпаки (розвиток побічних ефектів від проведеної терапії). При цьому очікування пацієнтів формуються під впливом цілої низки чинників: його грамотності (в т. ч. в питаннях медицини), особистого досвіду, обіцянок, даних в рекламі медичних установ, думок знайомих, специфічного сприйняття хвороби (настороженості) при відвідуванні лікаря тощо [16, с. 31–32].

Отже, якість послуг в сприйнятті пацієнта складається з зіставлення його очікувань (уявлень) і реальності, з якою він стикається, що вимагає серйозної інформаційної наповненості, обов'язкового дотримання принципу «інформованої згоди», значною роз'яснювальної роботи персоналу, а також створення в установі відповідної атмосфери відкритості і доброзичливості.

Особливістю медичної послуги в медичній установі є також те, що при досягненні задоволеності при першому відвідуванні лікаря пацієнт буде прагнути й надалі отримувати її у того ж лікаря (медсестри, масажиста тощо) (тобто більше

впливає лояльність не до конкретної установи, а до конкретного лікуючого лікаря). Це є важливим чинником збереження пацієнтської бази.

Найважливішою складовою управління якістю медичних послуг є якість управління процесом надання медичної послуги. Якість управління процесом надання медичних послуг спеціалізованою організацією має бути зорієнтованою на:

- управління матеріально-технічними ресурсами для виробництва лікувальних послуг з урахуванням їх життєвого циклу;
- управління персоналом з метою підвищення його якісного професійного складу і зростання професійної майстерності, а також вміння працювати єдиною командою, яка орієнтована на кінцевий результат;
- підвищення якості роботи медичного закладу і підвищення його конкурентоспроможності;
- управління організаційно-економічними відносинами, що складаються між суб'єктами процесу надання послуг, суб'єктами управління та споживачами з приводу підвищення якості медичних послуг і скорочення витрат на їх виробництво в результаті зростання продуктивності праці;
- управління формуванням міжособистісних партнерських відносин в колективі, надають безпосередній вплив на підвищення якості медичних послуг та посилення колективної відповідальності за кінцевий результат [24, с. 32–33].

Слід зазначити, що в управлінні якістю медичних послуг слід враховувати заходи по формуванню зовнішнього іміджу установи.

З позицій системного підходу зовнішній імідж медичного установи може бути визначений як багатокomпонентне явище, що представляє образ організації, медичних кадрів, послуг, який сформувався у різних суспільних груп і змінюється в часі і в просторі під впливом комплексу факторів.

Неможливо не згадати про проблеми якості надання медичних послуг в Україні та сформуванню переліку можливих шляхів їх вирішення.

Імідж може відрізнятися для різних груп громадськості, тобто одна і та ж організація може по різному сприйматися різними структурами.

Як правило, вивчення зовнішнього іміджу медичного закладу здійснюється за допомогою соціологічного опитування різних груп громадськості (постачальників, споживачів лікувальних послуг, медичних працівників інших установ, керівництва органами управління охороною здоров'я, громадських організацій та ін.) за анкетною, а також завдяки експертному методу даних про обсяг продажів лікарських, сервісних послуг, обсягу постачання послуг та їх якості, про джерела фінансування, руху медичних кадрів в динаміці за календарні роки.

За даними кореляційного аналізу встановлюється прямий зв'язок між інтегральною оцінкою зовнішнього іміджу установи і показником рівня якості медичних послуг. При цьому, як правило, найбільшу вагу мають рівень зовнішнього іміджу основних лікувально-оздоровчих послуг, зовнішнього іміджу сервісних послуг, зовнішнього іміджу персоналу, зовнішнього візуального іміджу, ділової репутації [24, с. 37–39].

Науковці [4–24] зазначають, що при високому рівні позитивного зовнішнього іміджу медичного закладу вищі: рівень обсягу наданих медичних послуг, число споживачів послуг, число постачальників ресурсів, рівень обсягу фінансового забезпечення установи.

Вплив якості медичних послуг на формування позитивного зовнішнього іміджу організації, а також вплив сформованого позитивного зовнішнього іміджу на якість послуг, що надаються за рахунок покращення його забезпечення є теоретичним обґрунтуванням комплексного підходу до управління медичною діяльністю установи, що поєднує корекцію факторів, що визначають і якість наданих медичних послуг і стан зовнішнього іміджу [4–24].

Чиники, що впливають на формування позитивного зовнішнього іміджу медичного закладу і пов'язаних з якістю послуг, що надаються включають:

– ресурсні чинники – частка активної частини основних фондів, фондоозброєність праці персоналу, фондоддача, фондомісткість, оновлення основних фондів на інноваційній основі, накопичення основних фондів, включеність обладнання в стандарт допомоги, залученість обладнання,

ефективність використання ліжкового фонду, знос обладнання, стан соціального, інноваційного, психологічного, трудового, культурного потенціалу медичного персоналу;

– соціокультурні чинники – культура сервісу, статусна диференціація і технологія управління організацією, організаційна ідеологія, культура зовнішніх комунікацій медичної організації, естетичний рівень будівель і приміщень організації, виробів медичного призначення, поведінку і взаємодію в рамках організаційної культури, ритуали і церемонії; організаційна символіка;

– інформаційні чинники – чинники, пов'язані з рівнем інформованості постачальників ресурсів і споживачів [24, с. 40].

Серед факторів, пов'язаних з якістю медичних послуг, найбільшу вагу складають повнота реалізації професійної компетентності, науково-технічного рівня послуги, рівень ефективності, результативності, унікальності, зручності і міжособистісної взаємодії пацієнтів та персоналу в процесі надання послуги.

Таким чином, розвиток менеджменту якості медичних послуг в медичних закладах – перспективний та необхідний напрям їх діяльності. Тенденція до збільшення середнього віку населення сприяє зростанню попиту на якісні медичні послуги.

Саме через якість досягаються основні цілі управління:

- забезпечується досягнення довгострокового успіху установи;
- забезпечується оптимальна динаміка розвитку організації в цілому і кожного співробітника окремо;
- забезпечується задоволеність споживача послуг.

Підсумовуючи, слід зазначити, що медична послуга – це вид медичної діяльності, яка надається медичними працівниками, спрямована на оздоровлення організму, відновлення його фізичного і психічного здоров'я, що має самостійне закінчене значення і вартісну оцінку.

Якість медичних послуг являє собою сукупність складових елементів, які забезпечують задоволення потреб людей в збереженні і підтримці належного рівня здоров'я і сприяють відновленню працездатності як в короткостроковій, так

і довгостроковій перспективі. Серед факторів, пов'язаних з якістю медичних послуг, найбільшу вагу складають повнота реалізації професійної компетентності, науково-технічного рівня послуги, рівень ефективності, результативності, унікальності, зручності і міжособистісної взаємодії пацієнтів і персоналу в процесі надання послуги.

Поняття сутності управління якістю медичної послуги включає в себе професійно-медичні, організаційно-економічні, фінансові та соціальні заходи, спрямовані на вдосконалення процесу надання даного виду послуг. Найважливішою складовою управління якістю медичних послуг є якість управління процесом надання медичної послуги.

Особливості проблематики якості надання медичних послуг медичними закладами в Україні та можливі шляхи їх вирішення розглянемо у наступному підпункті дипломної роботи.

1.4 Проблеми якості надання медичних послуг та можливі шляхи їх вирішення

Проблема якості надання медичних послуг знайома українським пацієнтам вже давно. Зокрема, відповідно до даних Рейтингу процвітання (The Legatum Prosperity Index™), складеного аналітичним центром «The Legatum Institute» (Великобританія), за цим показником в 2013 р Україна була на 86-му місці, в 2014 р – на 77-му, в 2015 р – на 79-му, а в 2016 р перемістилася на 111-е місце. У 2020 році Україна посіла 92-ге місце, зайнявши останнє місце у Східній Європі. Загалом поточного року в рейтингу оцінювали 167 країн [4].

У десятку країн з найнижчим рівнем охорони здоров'я, традиційно, входять Демократична Республіка Конго, Уганда, Ангола, Нігерія, Мозамбік, Сьєрра-Леоне, Ліберія, Бенін, Гвінея, Чад та Центральноафриканська Республіка.

Лідуючі місця займають: Сінгапур, Люксембург, Норвегія, Швейцарія, Гонконг, Японія, Швеція, Австрія та Нідерланди [4].

Під час оцінювання даного показника враховувалися такі основні фактори: рівень фізичного і психічного здоров'я, інфраструктура охорони здоров'я та профілактичний догляд.

Крім того, рівень охорони здоров'я безпосередньо пов'язаний з політичною та економічною ситуацією. При цьому, якщо загальний показник рівня життя населення країни низький, то і доступ до якісного медичного обслуговування для більшості пацієнтів утруднений. Зокрема за даними Рейтингу процвітання, рівень життя українців стрімко знижується.

До 2030 р Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує досягнути загального охоплення медико-профілактичними послугами. А це означає, що для оптимального медичного обслуговування недостатньо просто забезпечити наявність інфраструктури, лікарських засобів, медичних виробів і медичних працівників. Поліпшення показників охорони здоров'я вимагає зосередження уваги на якості медичних послуг, що передбачає забезпечення ефективного, безпечного, орієнтованого на пацієнта лікування, яке є своєчасним і рівноправним [6].

Якість медичної допомоги – це рівень, при якому надання медичних послуг для населення підвищує ймовірність досягнення бажаних результатів і відповідає сучасним знанням [5].

Дані звіту ВООЗ «Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage» свідчать, що якість обслуговування, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, в число яких входить Україна, знаходиться нижче оптимального рівня [6].

Найближчі цілі ВООЗ спрямовані на те, щоб усі принципи надання медичної допомоги базувалися на основі якості та ефективності. Розробка національної політики в сфері забезпечення якості є пріоритетним завданням, оскільки країни прагнуть постійно покращувати роботу системи охорони здоров'я. Забезпечення якісного медичного обслуговування хоч і представляє складність,

але залишається найважливішим завданням, вирішення якого дасть можливість поліпшити здоров'я людей. Приділяючи особливу увагу якості медичних послуг, країни зможуть домогтися значного прогресу у досягненні Цілей сталого розвитку (Sustainable Development Goals – SDGs).

Відповідно до Цілей сталого розвитку світову охорону здоров'я направлено на загальне охоплення медико-профілактичними послугами та доступ до основних медичних послуг. Це дозволяє перейти до продуктивнішого та справедливішого розвитку суспільства та економіки. Медична допомога повинна бути якісною та ефективною навіть у найбільш бідніших регіонах. Інакше економіка держави зазнає колосальних збитків на подолання наслідків неякісного лікування і витрачатиме даремно цінні фінансові, технічні та людські ресурси. Це підриває довіру населення до сучасної медицини. Тому загальне охоплення медико-профілактичними послугами без якісного, ефективного лікування – це марна витрата коштів [5].

Відтак слід звернути увагу на наступні факти [7]:

- більшість пацієнтів не отримують лікування, заснованого на доказовій клінічній практиці;
- відзначається підвищення рівня антибіотикорезистентності через нераціональне і надмірного використання протимікробних препаратів в охороні здоров'я;
- в глобальному масштабі сума, пов'язана з помилками в призначенні лікарських засобів, оцінюється в 42 млрд дол. США щорічно.

Субстандартна якість медичної допомоги призводить до значних фінансових втрат для систем охорони здоров'я. При цьому великий обсяг ресурсів охорони здоров'я витрачається неефективно.

Дані, отримані в ході 15 оглядів якості національних систем охорони здоров'я, проведених Організацією економічного співробітництва та розвитку (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) у період 2016–2018 рр., свідчать про необхідність підвищення прозорості щодо якості та ефективності послуг, що надаються і результатів лікування. При цьому

інформація повинна бути доступною усім зацікавленим особам, включаючи пацієнтів, фахівців охорони здоров'я, регуляторні органи [7].

Забезпечення якості медичної допомоги має сприяти поліпшенню показників здоров'я населення, а не просто привести до збільшення витрат на обслуговування. Це стосується як лікувальних, так і профілактичних послуг. Впровадження цього розуміння особливо важливо в країнах, де збільшується кількість неінфекційних захворювань, до них відноситься і Україна.

Система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг протягом життя пацієнта, включаючи зниження ризику виникнення захворювання, скринінг, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу. Доказова база щодо ефективності різних методів лікування і профілактики захворювань постійно збільшується, тому для досягнення якості медичної допомоги необхідно забезпечити систематичне включення нових даних в схеми лікування.

Оцінка тенденцій глобального стану якості медичної допомоги вимагає визначення і вимірювання показників якості, порівнянних між країнами. Однак таких глобальних даних немає, і угода про мінімальний набір стандартних показників якості медичної допомоги для моніторингу прогресу не досягнуто.

Характеристиками якості надання медичних послуг, на думку багатьох фахівців міжнародних спеціалізованих організацій, діяльність яких пов'язана зі сферою охорони здоров'я, визнано сім складових (рис. 1.4).

Ефективність означає зобов'язання лікаря дотримуватися принципів лікування, заснованих на доказах.

Безпечність розглядається через те, що негативний вплив призначеного лікування знаходиться на 14-му місці серед джерел глобального тягара захворювань. В основному проблема безпеки стосується країн з низьким і середнім рівнем доходів. Дані OECD свідчать, що до 83 % випадків виникнення негативних наслідків лікування можна запобігти [7].

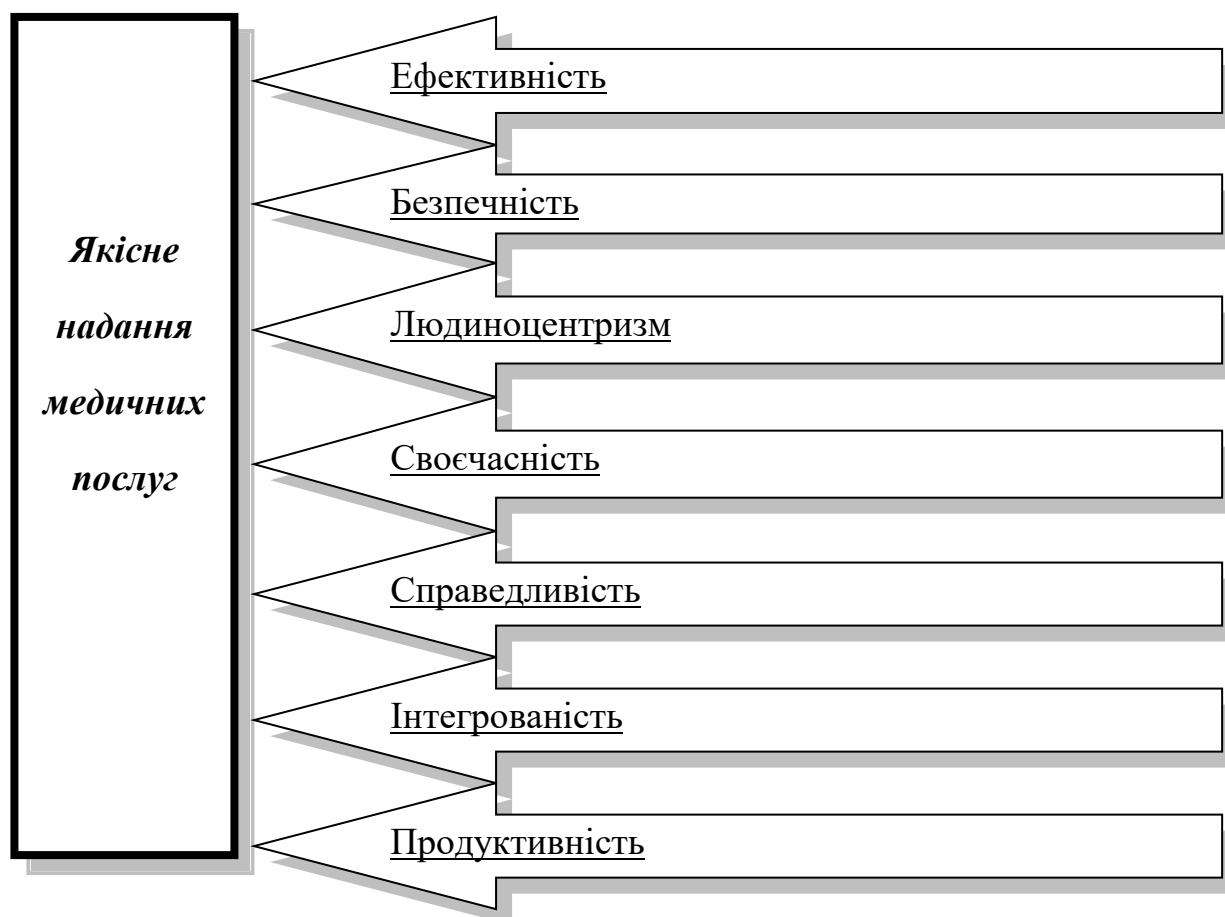


Рисунок 1.4 – Складові-характеристики якісного надання медичних послуг
Джерело: сформовано на основі [1–7]

Людиноцентризм важливий тому, що потреби і переваги пацієнтів повинні враховуватися системою охорони здоров'я. У країнах з низьким і середнім рівнем доходу увагу, милосердя і соціальна допомога залишаються на низькому рівні.

Своєчасність є теж дуже актуальною, адже скорочення часу очікування планових і невідкладних процедур сприяє зниженню частоти ускладнень, побічних реакцій і смертності.

Виділяють також справедливість, оскільки у країнах, в яких існує класова ієрархія, соціальне розшарування і дискримінація за статевою приналежністю, можна спостерігати негативну динаміку за фактором справедливого надання медичної допомоги [2].

Важливим показником є інтегрованість з огляду на те, що існують значні прогалини в координації медичної допомоги, навіть в країнах з високими доходами. Наприклад, буває так, що лікарі не мають доступу до призначень інших фахівців, даних про надання спеціалізованої медичної допомоги.

Останньою характеристикою розглядають продуктивність, адже згідно з даними доповіді ВООЗ 2010, близько 20-40 % всіх ресурсів охорони здоров'я витрачаються даремно [6]. Головними причинами непродуктивності надання послуг є неналежне застосування лікарських засобів, субоптимальність комплектації персоналу, надмірне або недостатнє застосування медичного обладнання, корупція і недостатнє використання інфраструктури.

Надання неякісних послуг підриває авторитет системи охорони здоров'я в суспільстві. Ресурси для забезпечення, моніторингу та постійного підвищення якості повинні бути вбудовані в основу систем охорони здоров'я. До них можна віднести медичних працівників та установи; лікарські засоби, прилади і технології; інформаційні системи і фінансування.

В даний час спостерігається глобальний дефіцит медичних працівників, особливо в бідних країнах. Забезпечити систему охорони здоров'я кваліфікованими медичними працівниками можна шляхом розробки національної стратегії, спрямованої на усунення прогалин у чисельності, розподіл і збереження медичних кадрів. Необхідно провести модернізацію навчальних програм і забезпечити безперервне професійне розвиток.

Доступність і готовність медичних служб до роботи – необхідна умова для якісного лікування. Воно має оцінюватися за такими показниками, як чиста вода, надійна поставка електроенергії, хороша санітарія і безпечна утилізація відходів. Але адекватна інфраструктура не обов'язково повинна прирівнюватися до якісної медичної допомоги. Необхідно впроваджувати систему мотивації медпрацівників для зацікавленості в результативності лікування і уваги до пацієнтів. Акредитація, перевірки та інші форми зовнішнього контролю широко використовуються для оцінки медичних установ на предмет відповідності стандартам.

Національна політика щодо лікарських засобів та медичних виробів допомагає забезпечити систему охорони здоров'я ефективною продукцією гарантованої якості з високим профілем безпеки в достатній кількості і за доступними цінами.

Для надійного доступу до безпечних і ефективних лікарських засобів, пристроїв і технологій необхідна розробка національної політики щодо лікарських засобів та виробів. Обмеження застосування небезпечних і неефективних препаратів має вирішальне значення для безпеки пацієнтів. За оцінками ВООЗ, в 30 % країн відсутнє ефективне регулювання ринку лікарських засобів, в тому числі через відсутність регуляторного органу, який функціонує належним чином.

Через низьке фінансування систем інформаційного забезпечення охорони здоров'я часто дані про якість і результати лікування не фіксують взагалі або збір проводиться таким чином, що інформацію не можливо аналізувати або порівнювати через відсутність стандартизованої термінології. Тому важливо забезпечити ефективність цих систем шляхом створення надійної реєстрації даних і національної системи ідентифікаторів пацієнтів для підтримки контролю якості в ході надання медичної допомоги. Слід розробити і впровадити перехід від паперових записів, які часто не пропонують достовірних даних про якість і результати лікування, до електронного документообігу.

Необхідна розробка національного законодавства, яке захищає конфіденційність, дозволяючи використовувати особисті дані про здоров'я для досліджень і поліпшення якості надання медичної допомоги. Впровадження інформаційних технологій допоможе в проведенні збору та аналізу інформації для покращення якості та ефективного інформування громадськості про те, як ці дані використовуються.

ВООЗ звертає увагу на необхідність впровадження системи обов'язкового медичного страхування, що дозволить скоротити «оплату з кишені пацієнта» і перейти на форму попередньої оплати та об'єднання коштів, при цьому субсидуючи тих, хто не в змозі забезпечити свій внесок.

Досвід показує, що зобов'язання «де-юре» часто не дозволяють «де-факто» переходити на якісне лікування. Важливим кроком є створення національного органу, відповідального за моніторинг і поліпшення якості охорони здоров'я. В ідеалі він повинен бути незалежним від лікарів і страхових компаній.

У кожній країні є власна культура, потреби населення і історичну спадщину, які формують систему охорони здоров'я. ВООЗ виділяє 6 основних напрямів у сфері охорони здоров'я, які допоможуть підвищити якість медичних послуг (рис. 1.5).

Національна політика в сфері підвищення якості охорони здоров'я може передбачати розробку законодавчої бази для створення нових державних і адміністративних інституцій або формування нових механізмів регулювання (наприклад перевірка і акредитація). Єдиного правильного способу не існує, але для забезпечення якості медичного обслуговування, уряд, керівники систем охорони здоров'я, пацієнти і лікарі повинні діяти спільно.

При цьому важливо прийняти визначення поняття якості, провести ситуаційний аналіз поточного стану. Для забезпечення клінічної ефективності лікування важлива співпраця між регуляторними органами, пацієнтськими і професійними організаціями. Для впровадження принципу пацієнторієнтованості необхідно розширити права і можливості пацієнтів. Для проведення контролю за впровадженням національної політики в області якості необхідний моніторинг результатів лікування.

Система забезпечення якості повинна бути вбудована в основу системи охорони здоров'я, незалежно від стану медицини. Система охорони здоров'я повинна забезпечувати обмін інформацією на всіх рівнях ієрархії з метою якісної співпраці та обізнаності. Ця трансформація відносин повинна поєднуватися з новими механізмами, що дозволяють уряду і лідерам системи охорони здоров'я враховувати і зміцнювати довіру громадян до медичних послуг.

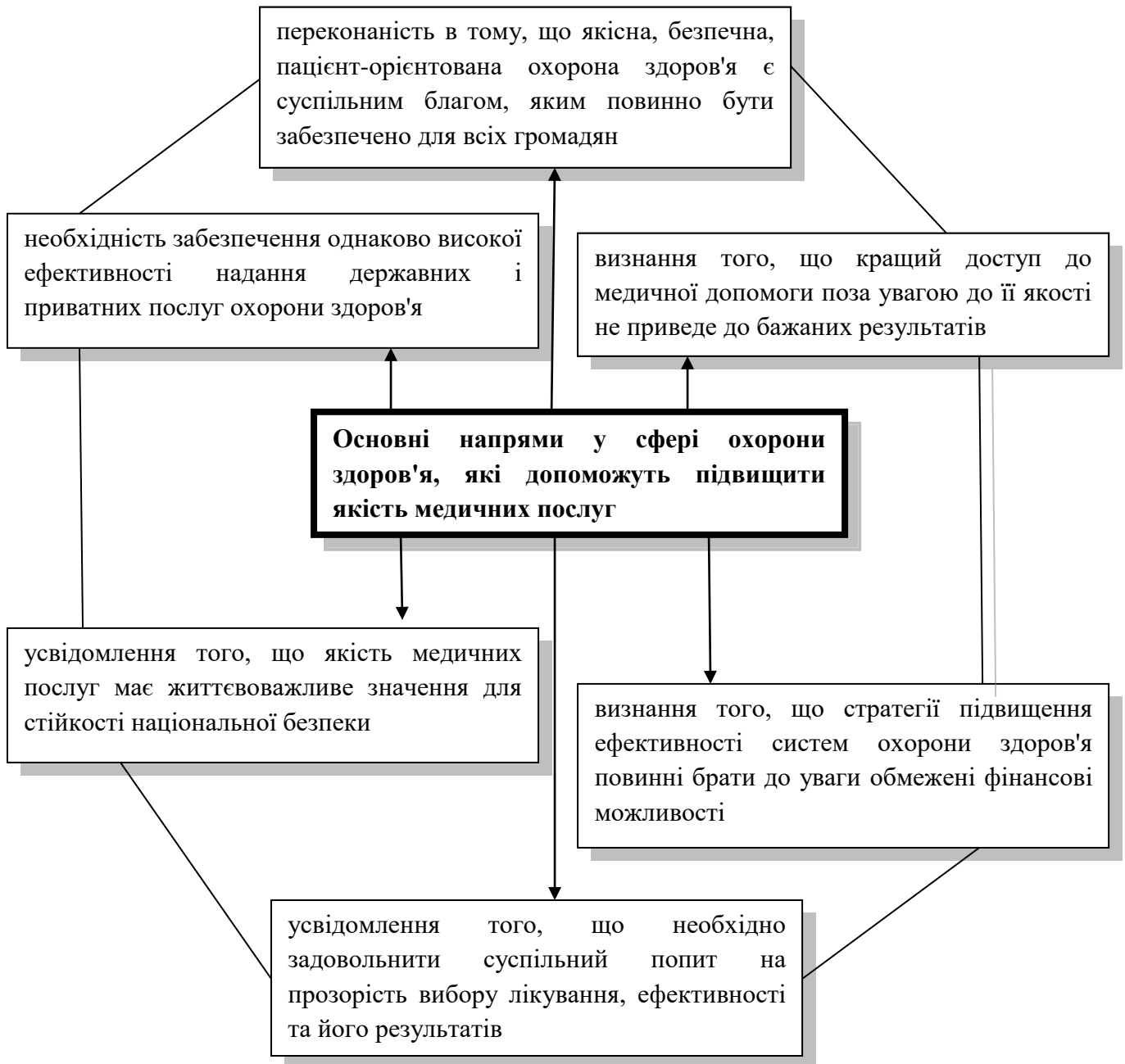


Рисунок 1.5 – Рекомендації ВООЗ щодо основних напрямів у сфері охорони здоров'я, які сприяють підвищенню якості медичних послуг

Згруповано на основі матеріалів [6]

Про управління якістю надання медичних послуг на рівні окремого закладу охорони здоров'я розглянемо на прикладі КНП «Могилів-Подільський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» у наступному розділі дипломної роботи.

Висновки до розділу 1

За результатами огляду теоретико-методичних основ управління якістю надання медичних послуг закладом охорони здоров'я з'ясовано:

1. Якість – це сукупність властивостей і характеристик продукції або послуги, які надають їм здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби. Виходячи з цього, управління якістю – це ступінь відповідності сукупності притаманних характеристик (відмінних властивостей) вимогам (потребам або очікуванням). Як процес, управління якістю – це діяльність по управління всіма етапами життєвого циклу продукції (послуг), а також взаємодією з зовнішнім середовищем. Сучасний менеджмент якості базується на результатах досліджень, виконаних великими зарубіжними корпораціями за програмами консультантів з управління якістю.

2. Управління якістю послуг багато в чому обумовлено специфікою самих послуг. Даний факт вимагає від керівництва організацій більш гнучкого підходу до вимог клієнтів і більш глибокого вивчення особливостей якості обслуговування.

3. Необхідно розмежувати смисловий зміст понять «медична послуга» та «медична допомога». «Медична допомога», перш за все, спрямована на задоволення потреб населення в підтримці і відновленні здоров'я, яке гарантує держава, а надання медичної допомоги має на увазі надання її безкоштовно для населення за рахунок відповідного бюджету. Тому «медична допомога» не може бути товаром і не має вартісної оцінки.

Медична послуга – це вид медичної діяльності, яка надається медичними працівниками, спрямована на оздоровлення організму, відновлення його фізичного і психічного здоров'я, що має самостійне закінчене значення і вартісну оцінку.

Характеристиками якості надання медичних послуг, на думку багатьох фахівців міжнародних спеціалізованих організацій, діяльність яких пов'язана зі

сферою охорони здоров'я, визнано сім складових: ефективність, людиноцентризм, безпечність, продуктивність, своєчасність, справедливість, інтегрованість.

4. Система забезпечення якості повинна бути вбудована в основу системи охорони здоров'я, незалежно від стану медицини. Система охорони здоров'я повинна забезпечувати обмін інформацією на всіх рівнях ієрархії з метою якісної співпраці та обізнаності. Ця трансформація відносин повинна поєднуватися з новими механізмами, що дозволять уряду і лідерам системи охорони здоров'я враховувати і зміцнювати довіру громадян до медичних послуг.

2 АНАЛІЗ ТА ОЦІНЮВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКИЙ РАЙОННИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»

2.1 Загальна характеристика підприємства та аналіз його техніко-економічних показників

Комунальне некомерційне підприємство «Могилів-Подільський районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги» Могилів-Подільської районної ради було засноване 26 травня 2011 року (далі КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»).

Власниками КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» на 18 листопада 2020 року є Могилів-Подільська районна рада, яка також є засновником. Статутний капітал цього некомерційного підприємства становить 1000 грн. Адреса закладу: Україна, 24000, Вінницька обл., місто Могилів-Подільський, вул. Полтавська, будинок 89/2.

Код ЄДРПОУ КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» – 37580028.

Основний вид діяльності – 86.10 Діяльність лікарняних закладів.

Тому, відповідно до статті 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ) [1], персонал КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» надає первинну медичну допомогу, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи

психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Первинну медичну допомогу надають лікарі КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» загальної практики – сімейні лікарі, лікарі інших спеціальностей, визначені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та інші медичні працівники, які працюють під їх керівництвом [1].

Пацієнт КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», як і усі інші пацієнти українських медичних центрів первинної медико-санітарної допомоги (МЦ ПМСД) має право обирати лікаря, який надає первинну медичну допомогу, у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [1].

Первинна медична допомога у КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» надається безоплатно з огляду на те, що головний розпорядник бюджетних коштів уклав з ним договір про медичне обслуговування КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» населення [1].

Первинна медична допомога в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» може надаватися в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта у порядку, що визначається центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [1].

Далі виконаємо аналіз техніко-економічних показників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» за останні повні три роки діяльності. Для цього використаємо Баланс (Додаток А), Звіт про фінансові результати (Додаток Б), Звіт з праці (Додаток В), Примітки до річної фінансової звітності (Додаток Г) за аналізовані періоди. Отримані результати зведемо в таблицю 2.1.

З таблиці 2.1 видно, що сукупні доходи КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» протягом 2017-2019 років змінювалися циклічно. Абсолютне відхилення цього показника 2018 року становило 2 107,35 тис. грн, наступного року доходи скоротилися на 2 038,80 тис. гривень.

Таблиця 2.1 – Основні техніко-економічні показники діяльності КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Показник	Од.вим.	Рік			Абс.відх.		Темпи зміни, %	
		2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Разом доходи	тис.грн	17 480,146	19 587,500	17 548,700	2107,35	-2 038,80	112,06	89,59
Середня кількість працівників	ос.	276	237	176	-39	-61	85,87	74,26
Фонд заробітної плати штатних працівників	тис.грн	13 687,60	14 632,00	11 754,80	944,40	-2 877,20	106,90	80,34
Середньомісячна заробітна плата працівників	тис.грн/ос.	4,13	5,14	5,57	1,01	0,42	124,49	108,18
Разом витрати	тис.грн	17 787,552	19 920,800	18 088,100	2 133,25	-1 832,70	111,99	90,80
Витрати на 1 грн. доходу	грн	1,02	1,02	1,03	0,00	0,01	99,94	101,35
Чистий прибуток (збиток)	тис.грн	-307,406	-333,300	-539,400	-25,89	-206,10	108,42	161,84
Рентабельність (збитковість)	%	-1,73	-1,67	-2,98	0,06	-1,31	96,81	178,23

Середня кількість працівників у період 2017–2019 років стабільно зменшувалася. В 2018 році персонал КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» скоротився на 39 осіб, через рік – на 61 особу.

Фонд заробітної плати штатних працівників підприємства протягом 2017–2019 років постійно змінювався з величини у 13687,60 тис. грн 2017 року він спочатку збільшився до 14 632,00 тис. грн 2018 року та знову скоротився до 11 754,80 тис. грн 2019 року. Відтак абсолютне відхилення відповідного показника 2018 року становило – 944,40 тис. грн, 2019 року – -2 877,20 тис. грн, або 106,90 % та 80,34 % відповідно.

Середньомісячна заробітна плата працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» протягом розрахункового періоду становила 4,13 тис.грн/ос. – 2017 року, 5,14 тис.грн/ос. – 2018 року, 5,57 тис.грн/ос.– 2019 року. Тобто розмір зарплати персоналу досліджуваного підприємства 2018 року зріс на 24,49 %, а наступного року збільшився на 8,18 відсотка.

Сукупні витрати КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» 2017–2019 рр. теж коливалися. Першого розрахункового року вони становили 17 787,552 тис.грн, 2018 року – 19 920,800 тис.грн, 2019 року – 18 088,100 тис.грн. Відносна

зміна відповідного показника протягом 2017–2019 років становила 11,99 % росту та 9,20 % скорочення. Як результат, витрати на 1 грн. доходу 2017 року склали 1,02 грн, 2018 року – 1,02 грн, 2019 року – 1,03 грн, тобто цей показник практично не змінювався протягом розрахункового періоду, продемонстрував негативну стабільність.

Величина чистого прибутку (збитку) з 2017 по 2019 роки постійно була від’ємною, зокрема, першого розрахункового року збиток склав 307,406 тис. грн, 2018 року – 333,300 тис. грн, 2019 року – 539,400 тис. грн.

Рентабельність КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» усі три роки теж була від’ємною (-1,73; -1,67; -2,98), що свідчить про стабільну збитковість підприємства.

Величина необоротних, оборотних активів та власного капіталу КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» з 2017 по 2019 року теж коливалася, зазвичай, скорочувалася (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Необоротні, оборотні активи та власний капітал КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», тис. грн

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Нематеріальні активи	0,000	0,000	549,200	0,00	549,20
Основні засоби	3 299,000	3 055,400	2 376,900	-243,60	-678,50
Запаси	1 093,705	1 027,800	772,500	-65,91	-255,30
Грошові кошти та їх еквіваленти	10,816	161,600	240,800	150,78	79,20
Зареєстрований (пайовий) капітал	7 882,000	7 558,400	1,000	-323,60	-7 557,40
Додатковий капітал	0,000	0,000	7 792,500	0,00	7 792,50
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	-3 475,000	-3 313,600	-3 853,100	161,40	-539,50
Неоплачений капітал	0,000	0,000	-1,000	0,00	-1,00

В таблиці 2.2 видно, що 2019 року на балансі КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» з’явилися нематеріальні активи, що є досить позитивним. Основні засоби підприємства постійно зменшувалися. Другого розрахункового року основні засоби скоротилися на 243,60 тис. грн, третього – на 678,50 тис. гривень.

Запаси КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» 2018 року зменшилися на 65,91 тис. грн, 2019 року – 155,30 тис. грн (рис. 2.1).

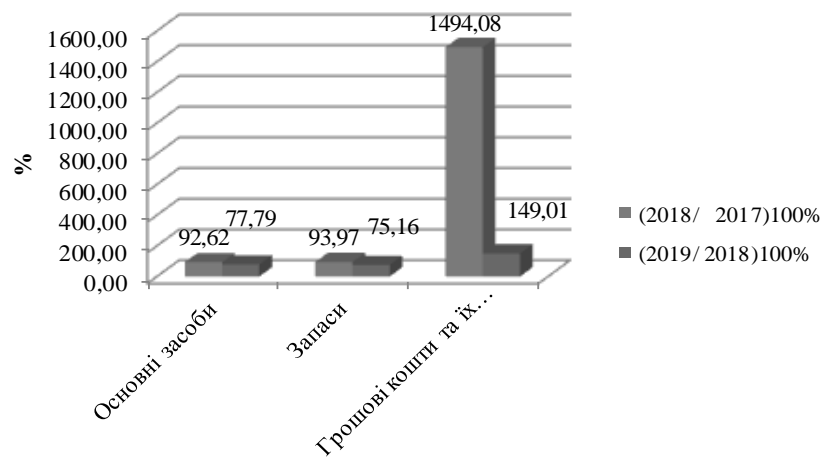


Рисунок 2.1 – Динаміки зміни вартості активів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Лише величина грошових коштів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» та їх еквівалентів змінювалася позитивно, а саме: 2018 року зросла на більше ніж 1000 %, а також 2019 року збільшилася майже на

Далі проаналізуємо дані про величину матеріально-технічної бази КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3 – Аналіз матеріально-технічної бази КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», тис. грн

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп зміни, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/ 2017)100	(2019/ 2018)100
Разом доходи	17 480,146	19 587,500	17 548,700	2 107,354	-2 038,800	112,06	89,59
Середня кількість працівників	276	237	176	-39	-61	85,87	74,26
Основні фонди, всього	3 299,626	3 054,000	2 376,900	-245,626	-677,100	92,56	77,83
Первісна вартість	7 882,051	7 558,000	6 694,100	-324,051	-863,900	95,89	88,57
Знос	4 582,425	4 504,000	4 317,200	-78,425	-186,800	98,29	95,85
Фондоозброєність	11,955	12,886	13,51	0,93	0,62	107,79	104,80
Фондовіддача	5,298	6,414	7,38	1,12	0,97	121,07	115,11
Ступінь зношеності основних засобів, %	58,14	59,59	64,49	1,46	4,90	102,50	108,22

Як вже зазначалося попередньо, величина основних фондів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» протягом 2017–2019 років постійно зменшувалася (3 299,626 тис. грн 2017 року, 3 054,000 тис. грн 2018 року, 2 376,900 тис. грн 2019 року), що стосувалося їх первісної вартості, то першого розрахункового року вона становила 7 882,051 тис. грн, наступного року – 7 558,000 тис. грн, 2019 року – 6 694,100 тис. гривень. Знос основних фондів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» залишається досить великим. Першого розрахункового року знос основних фондів підприємства був 4 582,425 тис. грн, другого – 4 504,000 тис. грн, третього – 4 317,200 тис. гривень.

Оскільки показник фондоозброєності розраховується, як відношення вартості основних фондів та чисельності персоналу, то для КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» він постійно зростає, адже швидкість скорочення персоналу підприємства значно перевищує негативне зменшення вартості його основних фондів.

Схожа ситуація спостерігається з фондовіддачею, яка розраховується як відношення величини доходів підприємства та вартості його основних фондів. Фондовіддача КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» хоч і зростає, проте, на жаль, це не свідчить про ефективніше використання основних засобів підприємства.

Тому ступінь зношеності основних засобів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» 2017 року становила 58,14 %, 2018 року – 59,59 %, 2019 року – 64,49 %, тобто більше половини.

Якщо розглянути структуру основних засобів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», то побачимо, що їх скорочення відбувалося практично за усіма складовими (табл. 2.4).

Будинки, споруди, передавальні пристрої 2017 року становили 872,00 тис. грн, а 2018 року зменшилися до 834,00 тис. гривень. Машини та обладнання першого розрахункового року складало 1014,00 тис. грн, другого – 873,00 тис. гривень. Транспортні засоби протягом 2017–2018 років скоротилися на 73,00 тис. гривень. Інструменти, прилади, інвентар (меблі) також зменшилися 2018 року порівняно з 2017 роком на 33,00 тис. гривень. Малоцінні необоротні матеріальні активи протягом 2017–2018 років дещо зросли (7,66 %).

Як результат, разом величина основних засобів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» до 2018 року скоротилася на 7,43 відсотка.

Таблиця 2.4 – Основні засоби КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Показник	Рік		Абс.відх. 2018-2017	Темп зміни, % (2018/ 2017)100
	2017	2018		
Будинки, споруди, передавальні пристрої	872,00	834,00	-38,00	95,64
Машини та обладнання	1 014,00	873,00	-141,00	86,09
Транспортні засоби	612,00	539,00	-73,00	88,07
Інструменти, прилади, інвентар (меблі)	279,00	246,00	-33,00	88,17
Малоцінні необоротні матеріальні активи	522,00	562,00	40,00	107,66
Разом	3 299,00	3 054,00	-245,00	92,57

Щодо структури основних засобів КНП «Могилів-Подільський» слід зазначити, на рисунках 2.2–2.3 видно, що вона суттєво не змінилася.

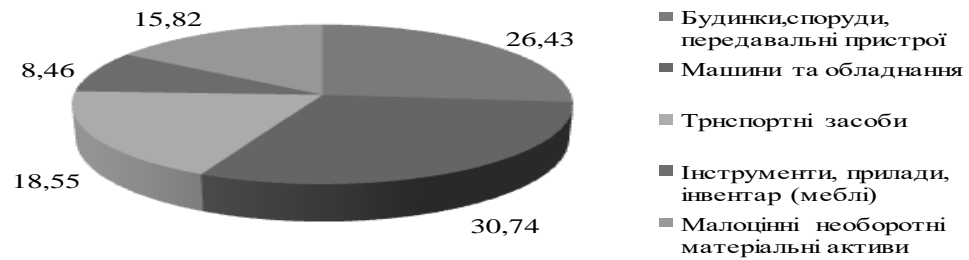


Рисунок 2.2 – Структура основних засобів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у 2017 р., %

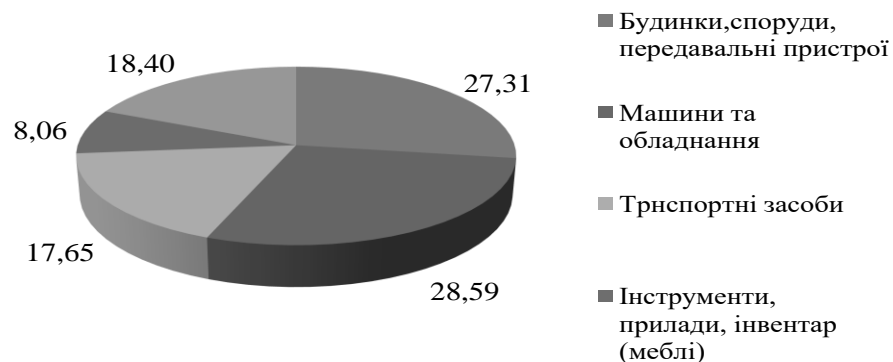


Рисунок 2.3 – Структура основних засобів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у 2018 р., %

Питома вага будинків споруд та передавальних пристроїв збільшилася на 0,88 %, машин та обладнання скоротилася на 2,15 %, транспортних засобів зменшилася на 0,9 %, інструментів, приладів скоротилася на 0,4 %, малоцінних, необоротних матеріалів зросла на 2,58 відсотка (рис. 2.4).

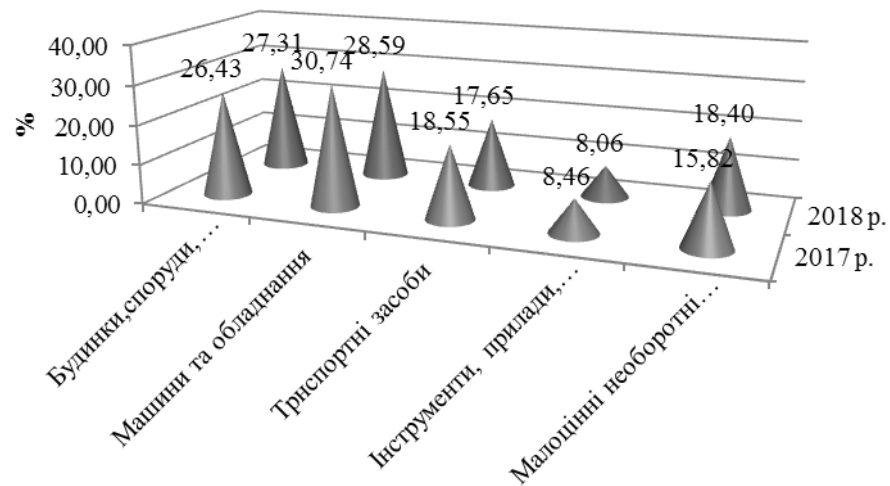


Рисунок 2.4 – Динаміка зміни структури основних засобів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Щодо фінансових результатів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» слід зазначити, що через реорганізацію підприємства 2018 року порядок ведення його звітності дещо змінювався протягом 2017–2019 років, тому порівнювати показники різних років дуже важко і не завжди доцільно. Разом з тим, з таблиці 2.5 бачимо, що з 2017 року доходи та витрати КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» спочатку зросли до 2018 року, а потім скоротилися у 2019 році.

Таблиця 2.5 – Фінансові результати КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Показник	Рік			Абс.відх.	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	17 032,834	3 053,700	13 091,200	-13 979,134	10 037,500
Інші операційні доходи	447,312	16 533,800	4 457,500	16 086,488	-1 2076,300
Разом доходи	17 480,146	19 587,500	17 548,700	2 107,354	-2 038,800
Разом витрати	17 787,552	19 920,800	18 088,100	2 133,248	-1 832,700
Чистий прибуток (збиток)	-307,406	-333,300	-539,400	-25,894	-206,100

Якщо говорити про чистий результат підприємства, то його загальний збиток за три роки лише зріс з 307,406 тис. грн до 539,400 тис. грн.

Щоб проаналізувати найбільші коливання у структурі фінансових результатів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» розглянемо динаміку їх складових на рисунку 2.5

Приріст збитку 2019 року склав 61,84 %, адже витрати зменшилися на 9,2 %, а доходи скоротилися на 10,41 %, темпи зростання витрат перевищують темпи зростання доходу, доходи підприємства не встигають покривати його витрати. Тому важливо у подальшому нарощувати доходи і значно скорочувати витрати.

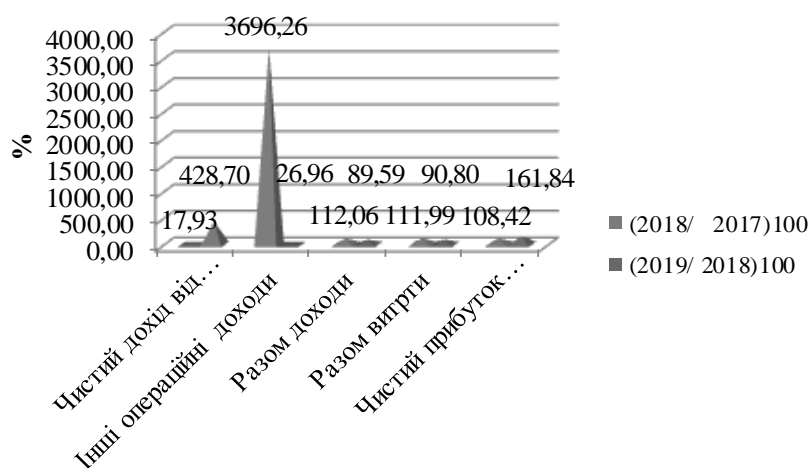


Рисунок 2.5 – Динаміка складових фінансових результатів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Якщо проаналізувати динаміку елементів операційних витрат КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», то побачимо, що вона є висхідною практично за усіма складовими, крім матеріальних витрат (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Елементи операційних витрат КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Показник	Рік		Абс.відх.	Темп зміни, %
	2017	2018	2018-2017	(2018/2017)100
Витрати на оплату праці	10 952,137	11 885,000	932,86	108,52
Відрахування на соціальні заходи	2 735,463	2 777,000	41,54	101,52
Матеріальні витрати	3 649,001	608,000	-3 041,00	16,66
Амортизація	431,626	956,000	524,37	221,49
Інші витрати	19,325	2 478,000	2 458,68	12 822,77
Усього	17 787,552	18 704,000	916,45	105,15

У структурі елементів операційних витрат КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» 2017 року (рис. 2.6) найбільша частка, а саме 61,57 %, витрат на оплату праці. Частка матеріальних витрат підприємства цього року склала 20,51 %, 15,38 % – відрахування на соціальні заходи, 2,43 % – амортизація та 0,11 % – інші витрати.

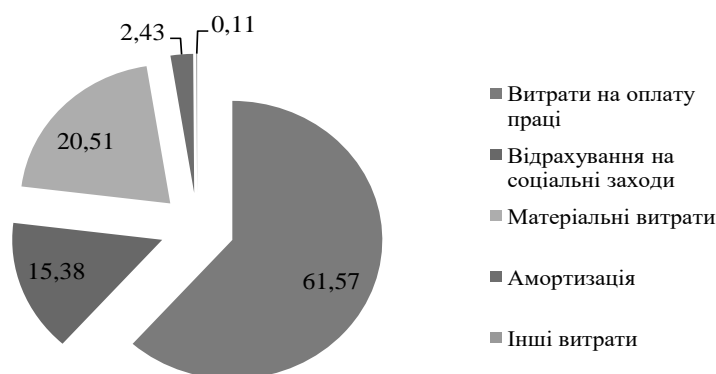


Рисунок 2.6 – Структура елементів операційних витрат КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у 2017 р.,%

Наступного року структура елементів операційних витрат КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» не зазнала значних змін (рис. 2.7).

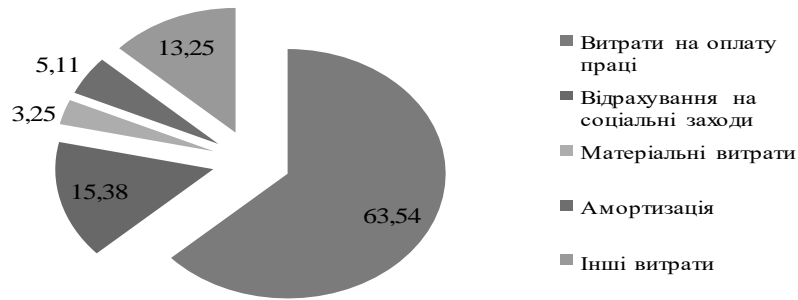


Рисунок 2.7 – Структура елементів операційних витрат КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у 2018 р.,%

Витрати на оплату праці зросли до 63,54 %, відрахування на соціальні заходи практично не змінилися, значно скоротилися матеріальні витрати, однак зросла амортизація та інші витрати (рис. 2.8).

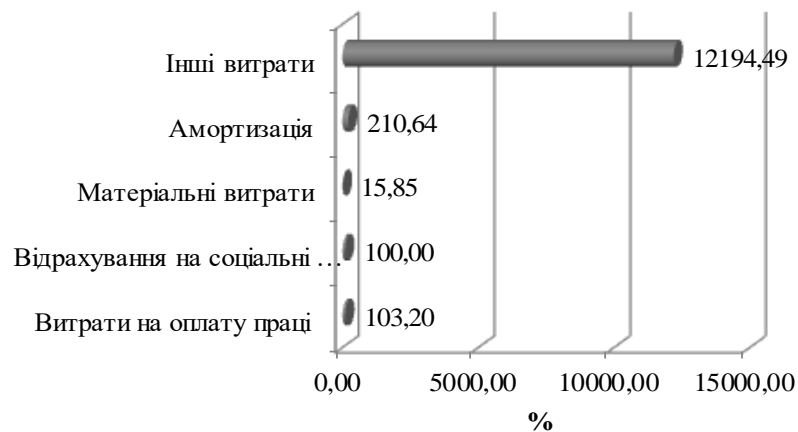


Рисунок 2.8 – Динаміка частки елементів операційних витрат КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у 2017-2018 рр.,%

Збільшення частки інших витрат протягом 2017–2018 років склало 12 094,49 %, зарплата зросла лише на 3,20 %, амортизація – на 110,64 %, матеріальні витрати скоротилися на 84,15 відсотка.

Проаналізуємо також основні показники з праці персоналу КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» за 2017–2019 роки (табл. 2.7).

Облікова кількість штатних працівників підприємства на кінець четвертого кварталу 2017 року становила 276 осіб, через рік у цей період на ньому працювало 198 осіб, 2019 року чисельність працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» скоротилася до 176 осіб. Слід зазначити, що найбільше зменшення штату персоналу протягом 2017–2019 років відбувалося за рахунок жінок, частка яких у структурі персоналу підприємства є переважаючою.

Кількість прийнятих штатних працівників підприємства на кінець четвертого кварталу 2018 року зменшилася на 9 осіб, до кінця четвертого кварталу 2019 року – збільшилася на 6 осіб.

Кількість звільнених штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» була найбільшою 2018 року. До кінця 2017 року було звільнено 4 особи, 2018 року – 20 осіб, 2019 року – 9 осіб.

Таблиця 2.7 – Кількість штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» за четвертий квартал звітних років, осіб

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп зміни, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Облікова кількість штатних працівників на кінець звітнього періоду, у т.ч.:	276	198	176	-78	-22	71,74	88,89
чоловіки	60	31	37	-29	6	51,67	119,35
жінки	216	167	139	-49	-28	77,31	83,23
Кількість прийнятих штатних працівників, у т.ч.:	18	9	15	-9	6	50,00	166,67
чоловіки	8	7	9	-1	2	87,50	128,57
жінки	10	2	6	-8	4	20,00	300,00
Кількість звільнених штатних працівників, у т.ч.:	4	20	9	16	-11	500,00	45,00
чоловіки	-	9	1	9	-8	-	11,11
жінки	4	11	8	7	-3	275,00	72,73

Деякі коливання спостерігалися протягом 2017–2019 років також у структурі персоналу КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» (рис. 2.9–2.11).

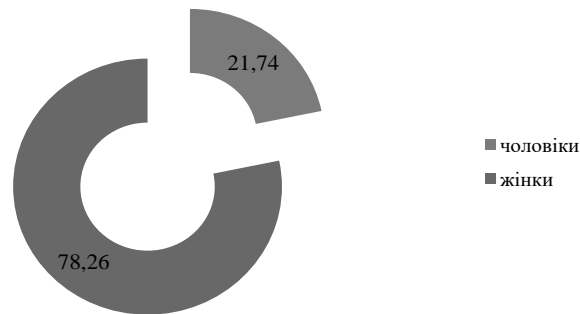


Рисунок 2.9 – Структура штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у 2017р.,%

В 2017 році кількість жінок у загальній чисельності персоналу КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» становила 78,26 %, чоловіків було 21,74 % відповідно.

Через рік жінок на підприємстві стало на 6,08 % більше, чоловіків зменшилося на 29 осіб.

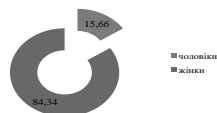


Рисунок 2.10 – Структура штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у 2018р.,%

Наступного року стало значно менше жінок, їх чисельність серед працівників скоротилася на 28 осіб, що становило 5,36 %, а кількість чоловіків серед персоналу КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» зросла на 6 осіб, збільшилася до частки 21,02 відсотка.



Рисунок 2.11 – Структура штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у 2019р.,%

Щодо фонду оплати праці штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» за четвертий квартал 2017–2019 років наявне коливання його розмірів, що спостерігається для переважної кількості усіх результуючих показників підприємства (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 – Склад фонду оплати праці штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» за четвертий квартал звітних років

Показник	Рік			Абс.відх.		Темп зміни, %	
	2017	2018	2019	2018-2017	2019-2018	(2018/2017)100	(2019/2018)100
Облікова кількість штатних працівників на кінець звітного періоду	276	198	176	-78	-22	71,74	88,89
Фонд оплати праці штатних працівників, усього	2886,000	3158,700	2938,700	272,70	-220,00	109,45	93,04
Фонд основної заробітної плати	1997,400	3025,900	2008,700	1028,50	-1017,20	151,49	66,38
Фонд додаткової заробітної плати	738,200	132,800	887,200	-605,40	754,40	17,99	668,07
Заохочувальні та компенсаційні виплати	150,400	-	42,800	-150,40	42,80	-	-

Фонд оплати праці штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у четвертому кварталі 2018 року спочатку збільшився на 9,45 % порівняно з аналогічним показником 2017 року, 2019 року зазнав зменшення на 6,96 %, на що найбільше вплинула зміна фонду основної заробітної плати, який четвертого кварталу 2018 року збільшився на 51,49 % відносно 2017 року, 2019 року зменшився порівняно з 2018 роком на 33,62 відсотка.

Дещо інша тенденція протягом 2017–2019 років спостерігається з фондом додаткової заробітної плати та величиною заохочувальних та компенсаційних виплат.

Фонд додаткової заробітної плати штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у четвертому кварталі 2018 року скоротився на 82,01 %, а 2019 року збільшився на 568,07 відсотків.

Величина заохочувальних та компенсаційних виплат штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» у четвертому кварталі 2018 року зменшилася на 150,40 тис. грн та збільшилася на 42,80 тис. грн 2019 року.

Таким чином, облікова кількість штатних працівників КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» на кінець звітного періоду 2018 року скоротилася майже на 30 %, а фонд оплати праці штатних працівників збільшився всього майже на 10 відсотків. Наступного року облікова кількість штатних працівників підприємства на кінець звітного періоду зменшилася на близько 11 %, а фонд оплати праці штатних працівників скоротився майже на 7 відсотків.

Узагальнюючи аналіз основних показників діяльності КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» можна зробити висновки про наявність досить негативних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. Підприємство досить складно переживає період реформування галузі охорони здоров'я в Україні. Протягом 2017–2019 років КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» стабільно зазнавало збитків, його персонал постійно скорочується, разом з тим заробітна плата працівників залишається досить низькою. Матеріально-технічна база КНП

«Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» постійно зменшується. Рентабельність підприємства – скорочується.

Все це, звичайно, не може не вплинути на якість надання медичних послуг. Детальніше розглянемо ситуацію з якістю надання медичних послуг досліджуваним підприємством у наступному параграфі дипломної роботи.

2.2 Аналіз системи управління якістю медичних послуг КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Система управління якістю медичних послуг в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» регламентується низкою документів:

– Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (набрав чинності 01.01.2012 року). Законом надано законодавчого статусу акредитації закладів охорони здоров'я;

– наказами МОЗ України від:

– 06.08.2013 р. № 693 «Про організацію клініко–експертної оцінки якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07.10.2013 року за № 1717/24249;

– 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201;

– 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, 2002/22314;

– 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р.);

– 30.11.2012 р. № 981 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 02.02.2011 р. № 49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.02.2011 р. за № 171/18909»;

– 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». Концепцією, зокрема, визначено клінічний аудит невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості медичної допомоги, а цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги, відповідно положенням документу, потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості;

– 19.09.2011 р. № 597 «Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року»;

– 22.07.2009 р. № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1003/17019);

– 10.02.2011 р. №80 «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.05.2011 за № 634/19372.

Згідно з законодавством України, контроль діяльності в будь-якій сфері реалізується шляхом відомчого (або внутрішнього), позавідомчого (зовнішнього), незалежного (громадського) контролю.

В системі управління якістю медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» присутні усі зазначені види контролю. Суб'єктами контролю виступають уповноважені органи за межами медичної установи (зовнішній контроль), адміністрація та керівники відділень/структурних підрозділів – безпосередньо у закладі охорони здоров'я (внутрішній контроль).

До громадського контролю якості медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» залучені громадські організації, громадяни в процесі їх

звернень до органів влади та керівників закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги, професійні медичні асоціації. Громадський контроль носить консультативний характер.

Функції суб'єктів позавідомчого зовнішнього контролю якості медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» виконують Прокуратура України та органи, діяльність яких відбувається у сфері захисту прав споживачів, з правом прийняття владних рішень, а також страхові компанії – на основі укладених угод з надавачами та споживачами медичних послуг.

Зовнішній відомчий контроль КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», згідно з Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», зареєстрованим Міністерством юстиції України за № 1996/22308 від 28.11.2012 р., вповноважені здійснювати МОЗ України, у тому числі, Департамент контролю якості надання медичної допомоги, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих адміністрацій. Обсяг повноважень зазначених суб'єктів управління охоплює сфери проведення ліцензування і акредитації закладів охорони здоров'я, стандартизації медичної допомоги, атестації спеціалістів, розгляду звернень громадян, і передбачає право винесення владних рішень, а також обов'язкових до виконання приписів і розпоряджень.

Так, основними завданнями Департаменту контролю якості надання медичної допомоги відповідно до Наказу МОЗ від 23.05.2018 № 980 «Про затвердження Положення про Управління ліцензування та контролю якості надання медичної допомоги» є [25]:

- участь у формуванні та реалізації МОЗ України державної політики у сфері охорони здоров'я;
- участь у формуванні та реалізації державної політики у сфері управління та контролю якості медичної допомоги;
- участь у визначенні пріоритетних напрямків розвитку сфери охорони здоров'я, управління та контролю якості медичної допомоги;
- участь у забезпеченні нормативно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я, управління та контролю якості медичної допомоги;

– організація здійснення клініко-експертної оцінки якості та обсягів надання медичної допомоги та медичних послуг у закладах охорони здоров'я усіх форм власності та фізичними особами-підприємцями, що провадять господарську діяльність з медичної практики;

– участь у формуванні та реалізації державної політики в сфері ліцензування господарської діяльності з медичної практики, банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим МОЗ України, та зайняттям народною медициною (цілительством);

– участь у формуванні політики з питань акредитації закладів охорони здоров'я усіх форм власності;

– здійснення державного нагляду (контролю) за додержанням суб'єктами господарювання ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, Банків пуповинної крові та умов зайняття народною медициною (цілительством);

– здійснення заходів з організації:

видачі та переоформлення ліцензії суб'єктам господарювання незалежно від форм власності на провадження господарської діяльності з медичної практики та Банків пуповинної крові;

анулювання ліцензії суб'єктам господарювання незалежно від форм власності на провадження господарської діяльності з медичної практики та Банків пуповинної крові;

ведення Ліцензійного реєстру суб'єктів господарювання, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики та Банків пуповинної крові;

видачі, переоформлення акредитаційних сертифікатів закладам охорони здоров'я;

ведення реєстру акредитованих закладів охорони здоров'я;

видачі спеціальних дозволів фізичним особам-підприємцям на зайняття народною медициною (цілительством) та розроблення умов провадження господарської діяльності з зайняттям народною медициною (цілительством);

ведення реєстру фізичних осіб-підприємців, які проваджують господарську діяльність з зайняттям народною медициною (цілительством);

проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів надання медичної допомоги та медичних послуг у закладах охорони здоров'я усіх форм власності та фізичними особами-підприємцями, що провадять господарську діяльність з медичної практики;

– отримання та розгляд заяв здобувачів ліцензій разом з документами, подання яких передбачено ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики та Банків пуповинної крові;

– формування та ведення ліцензійних справ, забезпечення їх зберігання, передачі та одержання у паперовій формі (або одержання належним чином завірених документів) відповідно до законодавства;

– забезпечення виконання у межах компетенції відповідно до законодавства контрольних-наглядових функцій у сфері охорони здоров'я;

– участь у формуванні та реалізації державної політики щодо системи галузевої стандартизації, технічного регулювання та оцінки відповідності у сфері охорони здоров'я;

– участь у процесі організації підготовки, атестації, післядипломної підготовки медичних працівників, керівників та спеціалістів з питань управління якістю медичної допомоги;

– формування разом із структурними підрозділами МОЗ України замовлень на наукові дослідження щодо найбільш важливих і пріоритетних проблем, пов'язаних з державною стратегією та забезпеченням підтримки процесу управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я усіх форм власності.

Внутрішній контроль якості КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД», відповідно до діючих галузевих нормативно-правових документів, проводиться керівництвом та медичною радою закладу охорони здоров'я.

Основною метою здійснення контролю якості медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» є забезпечення прав пацієнтів на одержання

медичної допомоги необхідного обсягу та належної якості на основі оптимального використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів, застосування досконалих медичних технологій.

Об'єктом контролю якості є медична допомога, що представляє собою комплекс лікувально-діагностичних, реабілітаційних та профілактичних заходів, що проводяться за певною технологією з метою досягнення конкретних результатів.

Система контролю якості медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» включає наступні елементи:

- оцінка стану і використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів;
- експертиза процесу надання медичної допомоги конкретним пацієнтам;
- вивчення задоволеності пацієнтів від їх взаємодії з системою лікування;
- виявлення та обґрунтування дефектів лікарських помилок та інших факторів, що здійснили негативний вплив, та спричинили зниження якості та ефективності медичної допомоги;
- підготовка рекомендацій для працівників, відділень спрямованих на попередження лікарських помилок і дефектів в роботі та сприяють підвищенню якості та ефективності медичної допомоги;
- вибір найбільш раціональних управлінських рішень та проведення оперативних коригуючих впливів;
- контроль за реалізацією управлінських рішень.

Систему управління якістю КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» можна представити у вигляді триступінчатого процесу.

Ступені контролю якості медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» зображені на рисунку 2.12.

Відомчий контроль якості і ефективності медичної допомоги є основним видом контролю, найбільш наближеним до виконавця медичних послуг.

Складовими експертного контролю КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» є наступні (рисунок 2.13):

Видами експертного контролю є такі:

- плановий;
- позаплановий;
- разовий (за конкретним випадком);
- системний (за підрозділами).



Рисунок 2.12 – Ступені контролю якості медичної допомоги в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»



Рисунок 2.13 – Завдання експертного контролю КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Алгоритм експертизи якості медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» має вигляд послідовної процедури аналізу шести базових блоків (рисунок 2.14).



Рисунок 2.14 – Алгоритм експертизи якості медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Таким чином, реалізація алгоритму дозволяє охопити практично всі взаємовідносини між хворим і медичним персоналом.

2.3 Оцінювання якості надання медичних послуг КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Оцінка якості медичних послуг проводиться, як правило, розрахунковим шляхом або за бальною системою, адже це дозволяє стандартизувати підходи до оцінки якості медичної допомоги.

З метою комплексної оцінки якості медичних послуг в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» розрахуємо ряд показників.

По-перше, розрахуємо відносний показник, що у найбільш загальному вигляді відображає медичну ефективність – коефіцієнт медичної результативності (K_{MP}) установи (2.1):

$$K_{MP} = 316 / 456 = 0,69 \quad (2.1)$$

де 316 – кількість пацієнтів з позитивним медичним результатом («поліпшення») за звітний період;

459 – сукупна кількість пацієнтів за звітний період.

Отриманий показник – 0,69 – свідчить про середній рівень медичної результативності діяльності медичної організації.

По-друге, визначимо загальний показник якості життя пацієнтів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» до та після їх лікування, розрахунки виконаємо на основі результатів опитування з використанням анкети MOS SF-36.

Анкета MOS SF-36 (англ. The Short Form-36) – це неспецифічний опитувальник для оцінки якості життя пацієнта, що широко використовується при проведенні досліджень якості життя в країнах Європи і в США. Він був встановлений для оцінки якості життя в Італії, Франції, Австралії та загальній

популяції США. У країнах Європи і в США були проведені дослідження окремих груп людей і отримані результати за нормами для здорового населення і для хворих з різними хронічними захворюваннями (з розподілом на групи відповідно до віку і статі) [26-28].

Опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливають стан здоров'я.

SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесна біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким чином, що чим вище значення показника (від 0 до 100), тим краще оцінка за обраною шкалою. З них формують два параметри: психологічний і фізичний компоненти здоров'я (рис. 2.15).

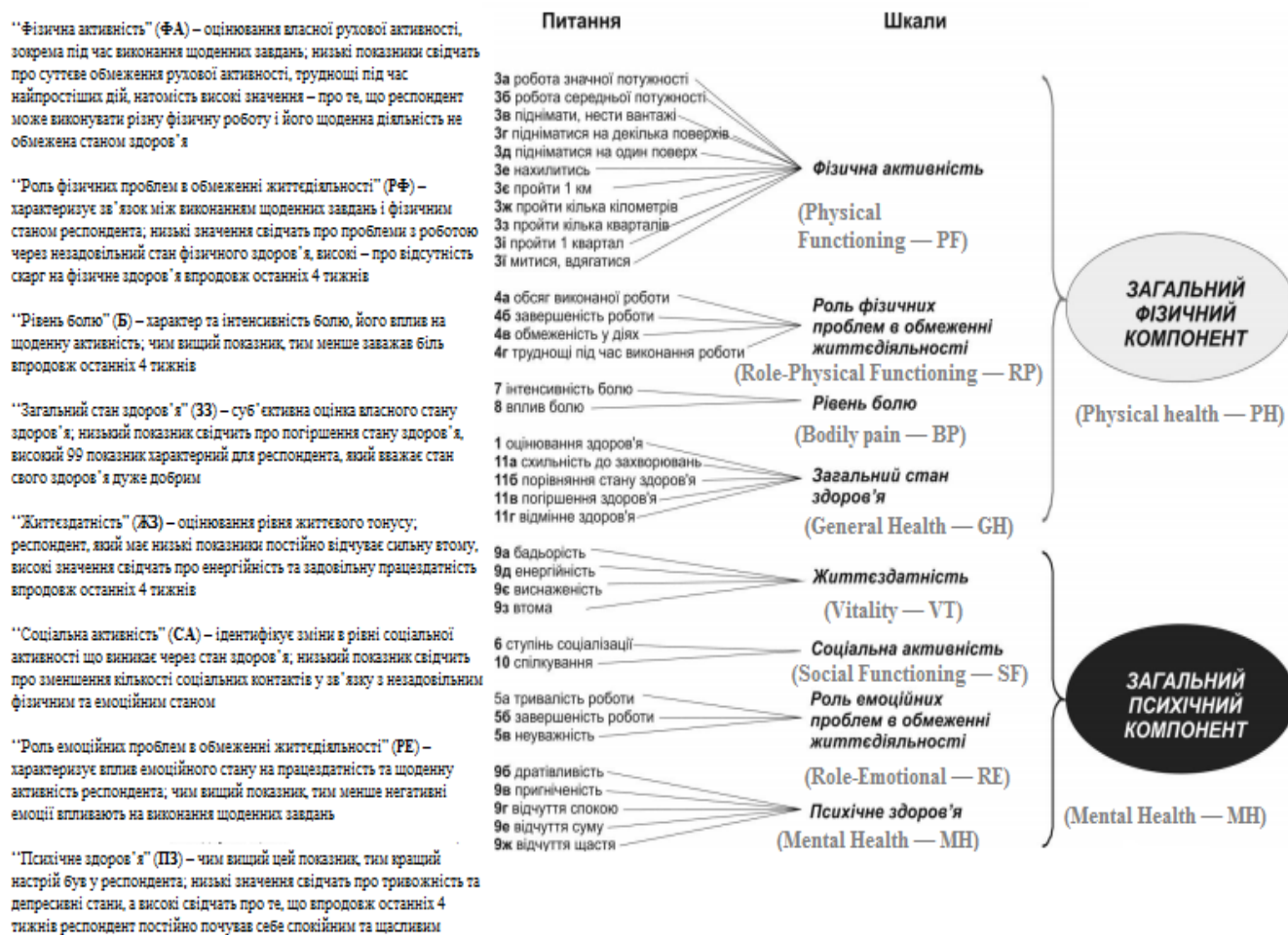


Рисунок 2.15 – Структура анкети SF-36

Доповнено з [26]

За допомогою анкети (додаток Д) ми оцінити якість життя осіб 25-70 років, незалежно від стану здоров'я під час їх первинного (до лікування) та повторного (контрольного) (після лікування) звернення до лікарів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД».

Обрахунок показників з рисунку 2.15 ми проводили відповідно до поданого нижче алгоритму.

Спочатку обчислювали показник шкали «Фізична активність» за формулою:

$$\text{ФА} = [(\text{ФА}_{3а} + \text{ФА}_{3б} + \text{ФА}_{3в} + \text{ФА}_{3г} + \text{ФА}_{3д} + \text{ФА}_{3е} + \text{ФА}_{3е} + \text{ФА}_{3ж} + \text{ФА}_{3з} + \text{ФА}_{3і} - 10) / 20] \cdot 100, \quad (2.2)$$

де ФА – загальна оцінка шкали; $\text{ФА}_{3а}$, $\text{ФА}_{3б}$, $\text{ФА}_{3в}$, $\text{ФА}_{3г}$, $\text{ФА}_{3д}$, $\text{ФА}_{3е}$, $\text{ФА}_{3е}$, $\text{ФА}_{3ж}$, $\text{ФА}_{3з}$, $\text{ФА}_{3і}$ – бали за запитанням, що відповідають шкалі «Фізична активність».

Далі показник шкали «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» обчислювали за формулою:

$$\text{РФ} = [(\text{РФ}_{4а} + \text{РФ}_{4б} + \text{РФ}_{4г} + \text{РФ}_{4д} - 4) / 4] \cdot 100, \quad (2.3)$$

де РФ – загальна оцінка шкали; $\text{РФ}_{4а}$, $\text{РФ}_{4б}$, $\text{РФ}_{4г}$, $\text{РФ}_{4д}$ – бали за запитаннями, що відповідають шкалі «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності».

Для обчислення показника шкали «Рівень болю» перераховували бали запитань згідно інструкції (табл. 2.9) та формули:

$$\text{Б} = [(\text{Б}_7^* + \text{Б}_8^*) - 2] / 10] \cdot 100, \quad (2.4)$$

де Б – загальна оцінка шкали; B_7^* , B_8^* – перераховані результати для запитань №7 та №8.

Таблиця 2.9 – Інструкція для визначення показника шкали «Рівень болю»

Варіант відповіді (в балах) на запитання № 7 (B_7)	Перерахований результат (B_7^*)	Варіант відповіді (в балах) на запитання № 8	Перерахований результат (B_8^*)
1	6	1 і якщо $B_7 = 1$	6
2	5,4	1 і якщо $B_7 = 2 \dots 6$	5
3	4,2	2	4
4	3,1	3	3
5	2,2	4	2
6	1	5	1

З метою обчислення показника шкали «Загальний стан здоров'я» використовували таблицю 2.10 та формулу 2.5.

$$33 = (33_1^* + 33_{11a} + 33_{116}^* + 33_{11b} + 33_{11r}^* - 5) / 20) \cdot 100, \quad (2.5)$$

де 33 – загальний показник шкали; 33_1^* , 33_{11a} , 33_{116}^* , 33_{11b} , 33_{11r}^* – бали за запитаннями, що відповідають шкалі «Загальний стан здоров'я».

Таблиця 2.10 – Інструкція для обрахунку значення шкали «Загальний стан здоров'я»

Варіант відповіді (в балах) на запитання № 1 (33_1)	Перерахований результат (33_1^*)	Варіант відповіді (в балах) на запитання № 11б (33_{11b})	Перерахований результат (33_{116}^*)	Варіант відповіді (в балах) на запитання № 11г (33_{11r})	Перерахований результат (33_{11r}^*)
1	5	1	5	1	5
2	4,4	2	4	2	4
3	3,4	3	3	3	3
4	2	4	2	4	2
5	1	5	1	5	1

Показник шкали «Життєздатність» обчислювали з використанням таблиці 2.11 та за формулою 2.6.

$$ЖЗ = [(ЖЗ_{9a}^* + ЖЗ_{9д}^* + ЖЗ_{9ж} + ЖЗ_{9и} - 4) / 20] \cdot 100, \quad (2.6)$$

де ЖЗ – загальна оцінка шкали; ЖЗ_{9а}^{*}, ЖЗ_{9д}^{*}, ЖЗ_{9ж}, ЖЗ_{9и} – бали за запитаннями шкали «Життєздатність».

Таблиця 2.11 – Інструкція для обчислення шкали «Життєздатність»

Варіант відповіді (в балах) на запитання № 9а (ЖЗ _{9а})	Перерахований результат (ЖЗ _{9а} [*])	Варіант відповіді (в балах) на запитання № 9д (ЖЗ _{9д})	Перерахований результат (ЖЗ _{9д} [*])
1	6	1	6
2	5	2	5
3	4	3	4
4	3	4	3
5	2	5	2
6	1	6	1

Далі для обчислення показника шкали «Соціальна активність» використовували формулу 2.7 та таблицю 2.12.

Таблиця 2.12 – Інструкція для обчислення шкали «Соціальна активність»

Варіант відповіді (в балах) на запитання № 6 (СА ₆)	Перерахований результат (СА ₆ [*])
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

$$СА = [(СА_6^* + СА_{10} - 2) / 8] \cdot 100, \quad (2.7)$$

де СА – загальний показник шкали; СА₆^{*}, СА₁₀ – бали за відповідними запитаннями шкали «Соціальна активність».

Показник шкали «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» вираховували за формулою 2.8.

$$PE = [(PE_{5a} + PE_{5б} + PE_{5в} - 3) / 3] \cdot 100, \quad (2.8)$$

де PE – загальна оцінка шкали; PE_{5a}, PE_{5б}, PE_{5в} – бали за запитанням шкали «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності».

Останній показник шкали «Психічне здоров'я» обчислювали за формулою 2.9, перерахунок балів за запитання 9г та 9з проводили аналогічно способу, представленому у таблиці 2.11.

$$ПЗ = [(ПЗ_{9б} + ПЗ_{9в} + ПЗ_{9г}^* + ПЗ_{9е} + ПЗ_{9з}^* - 5) / 25]^* 100, (2.9)$$

де ПЗ – загальний показник шкали; ПЗ_{9б}, ПЗ_{9в}, ПЗ_{9г}^{*}, ПЗ_{9е}, ПЗ_{9з}^{*} – бали, що отримані за відповідями на запитаннями шкали «Психічне здоров'я».

Значення загального фізичного та психічного компонента обчислювали за допомогою формул 2.10 та 2.11.

$$\begin{aligned} ЗФК = & 10 \cdot [0,42402 \cdot (ФА - 84,52404) / 22,89490 + 0,35119 \cdot (РФ - 81,19907) / \\ & / 33,797290 + 0,31754 \cdot (Б - 75,49196) / 23,558790 + (-0,00753) \cdot (СА - 83,59753) / \\ & / 22,37642 + (-0,22069) \cdot (ПЗ - 74,84212) / 18,01189 + (-0,19206) \cdot (РЕ - 81,29467) / \\ & / 33,02717 + (-0,02877) \cdot (ЖЗ - 61,05453) / 20,86942 + (-0,24954) \cdot (ЗЗ - 72,21316) / \\ & / 20,16964] + 50, \end{aligned} (2.10)$$

$$\begin{aligned} ЗПК = & 10 \cdot [(-0,22999) \cdot (ФА - 84,52404) / 22,89490 + (-0,12329) \cdot (РФ - 81,19907) / \\ & / 33,797290 + (-0,09731) \cdot (Б - 75,49196) / 23,558790 + 0,26876 \cdot (СА - 83,59753) / \\ & / 22,37642 + 0,48581 \cdot (ПЗ - 74,84212) / 18,01189 + 0,43407 \cdot (РЕ - 81,29467) / \\ & / 33,02717 + 0,23534 \cdot (ЖЗ - 61,05453) / 20,86942 + (-0,01571) \cdot (ЗЗ - 72,21316) / \\ & / 20,16964] + 50, \end{aligned} (2.11)$$

де ЗФК – загальний фізичний компонент; ЗПК – загальний психічний компонент; ФА, РФ, Б, СА, ПЗ, РЕ, ЖЗ, ЗЗ – значення шкал «Фізична активність»,

«Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності», «Рівень болю», «Соціальна активність», «Психічне здоров'я», «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «Життєздатність», «Загальний стан здоров'я» відповідно.

Загальний показник якості життя до та після лікування, розрахований на основі результатів анкетування з допомогою форми MOS SF-36 – 62,9 (ЗДЛ), після лікування – 71,7 (ЗПЛ) (табл. 2.13).

Таблиця 2.13 – Результати дослідження якості життя пацієнтів до та після їх звернення в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Показник	До лікування	Після лікування
Фізична активність (ФА)	61,40	75,80
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)	61,30	74,70
Рівень болю (Б)	59,50	77,50
Загальний стан здоров'я (ЗЗ)	63,20	75,60
Життєздатність (ЖЗ)	66,10	72,70
Соціальна активність (СА)	69,30	75,40
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)	61,50	75,50
Психічне здоров'я (ПЗ)	61,10	76,90
Загальний показник якості життя	62,90	75,51

Медична результативність з позиції якості життя (2.2) (рис. 2.16):

$$MP_{\text{яж}} = (75,51 - 62,9)/62,9 = 0,20 \quad (2.12)$$

Таким чином, за результатами аналізу якості надання медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» з використанням обчислення коефіцієнта медичної результативності, з'ясувалося, що більше половини, а саме 69 % пацієнтів медичного закладу відчували значне поліпшення здоров'я після звернення. Близько 30 % пацієнтів все ж не отримують бажаного результату.

Крім того, загальний показник якості життя пацієнтів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» до (62,9) та після (75,51) їх лікування, що розраховувався нами на основі результатів опитування з використанням анкети MOS SF-36, покращився лише на 20 відсотків.

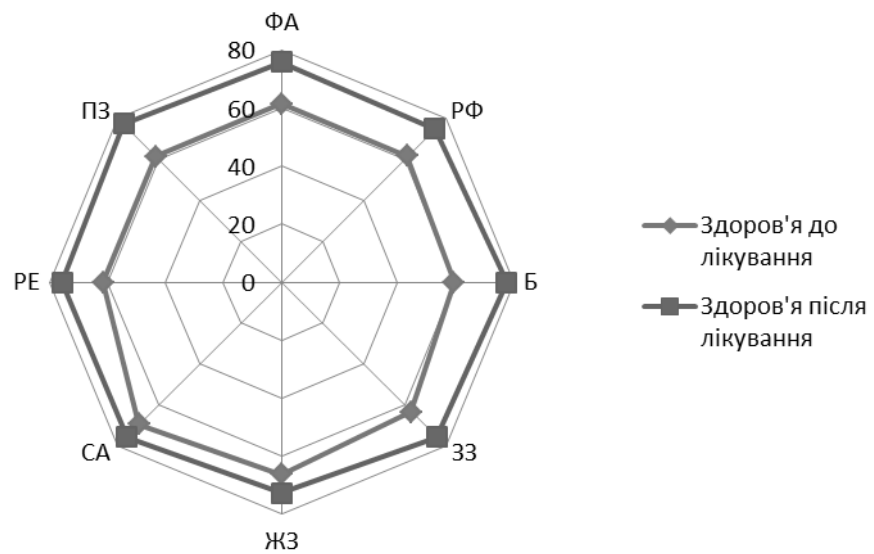


Рисунок 2.16 – Результати дослідження якості життя пацієнтів до та після їх звернення в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Узагальнюючи, слід зазначити, що ситуацію з якістю надання медичної допомоги в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» в умовах браку матеріально-технічного та фінансового забезпечення, у складний період реформування галузі, є досить складною і потребує вирішення без залучення додаткових значних коштів через зміну безпосередньо підходу до управління якістю послуг, удосконалення відповідної системи.

2.4 SWOT-аналіз підприємства

В період реформування системи охорони здоров'я, медичні заклади поставлені в умови, що вимагають максимально ефективної управлінської і фінансово-економічної діяльності.

Скорочення постійних витрат, підвищення ефективності використання матеріально-технічних ресурсів, залучення позабюджетних джерел фінансування, підвищення конкурентоспроможності на ринку надання медичних послуг,

використання передових маркетингових та інформаційних технологій мають бути основними напрямками їх функціонування.

Установи, які не зуміли адаптуватися до вказаних умов, будуть фактично поставлені в умови неможливості подальшого існування.

Для забезпечення ефективної діяльності установ їх керівники змушені використовувати різні методи стратегічного планування.

Стратегічне планування має дві основні мети:

- адаптація до зовнішнього середовища (ефективне пристосування до змін зовнішніх чинників: економічних, політичних, законодавчих тощо);
- найбільш ефективний розподіл і використання ресурсів в закладі охорони здоров'я.

Використання стратегічного планування дозволяє керівнику:

- виявити фактори зовнішнього і внутрішнього середовища, що потенційно впливають на діяльність медичної установи;
- визначити фактори, що загрожують діяльності установи;
- оцінити фактори, що сприяють діяльності установи.

Тому від керівника установи охорони здоров'я потрібен постійний контроль з аналізом діяльності установи для вирішення питань стратегічного планування та прийняття управлінських рішень.

Найбільш прийнятним, з нашої точки зору, методом контролю та аналізу може бути використання SWOT-аналізу.

SWOT-аналіз – метод аналізу в стратегічному плануванні, що полягає в поділі чинників і явищ на чотири категорії:

Strengths (сильні сторони), Weaknesses (слабкі сторони), що є факторами внутрішнього середовища установи, Opportunities (можливості), Threats (Загрози), що є факторами зовнішнього середовища. Оскільки SWOT-аналіз в загальному вигляді не містить економічних категорій, його можна застосовувати до будь-яких організацій, окремих людей та країн для побудови стратегій в різних сферах діяльності, в тому числі і медичній.

Всебічне вивчення ринкової ситуації, в якій працює установа, оцінка можливостей і загроз, з якими воно може зіткнутися, є однією з найважливіших складових маркетингової політики установи.

Проведення SWOT-аналізу дозволяє виявити і структурувати сильні та слабкі сторони установи, а так же потенційні можливості і загрози.

Досягається це за рахунок того, що керівник повинен зіставити внутрішні слабкі і сильні сторони своєї установи з можливостями і погрозами, які дає їм зовнішнє середовище. Результати зіставлення дозволять вирішити, в якому напрямку установа повинна розвивати свою діяльність.

Сильні сторони (Strengths) – це внутрішні сили установи. Їх складають кадрові ресурси, обладнання, фінансова забезпеченість.

Слабкі сторони (Weaknesses) – це внутрішні фактори, які гальмують подальший розвиток установи. Слабкі сторони становлять ті «вузькі місця» в діяльності установи, які ми усвідомлюємо і на які можемо вплинути.

Можливості (Opportunities) – це зовнішні фактори, що сприяють розвитку установи. Дані фактори виникають і протікають незалежно від нас, але ми можемо їх використовувати для розвитку установи.

Загрози (Threats) – це зовнішні фактори, що перешкоджають розвитку установи. Дані фактори виникають і протікають незалежно від нас, але ми можемо зменшити або частково запобігти можливий збиток від даних факторів.

Наприклад, сильні сторони:

- висока кадрова забезпеченість;
- сертифікація спеціалістів;
- висока комп'ютеризація роботи установи тощо.

Слабкі сторони:

- високий коефіцієнт сумісництва;
- слабка матеріально-технічна база тощо.

Можливості:

- програма модернізації охорони здоров'я;
- гранти;

- цільові програми;
- національні проекти тощо.

Загрози:

- економічна криза;
- високе безробіття населення, що обслуговується;
- слабка територіальна доступність медичної допомоги для населення, що обслуговується.

Побудуємо матрицю SWOT-аналізу для КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД». Наведено приклад сильних і слабких сторін цієї установи, виявлених можливостей та загроз, що зустрічаються в її роботі (табл. 2.14).

Таблиця 2.14 – SWOT-аналіз КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

<p>Сильні сторони:</p> <p>Високий рівень підготовки кадрів, сертифікованих фахівців Переважне задоволення споживачів медичної послуги Лідируюча позиція в наданні медичної допомоги сільському населенню</p>	<p>Слабкі сторони:</p> <p>Нестабільне, обмежене бюджетне фінансування Висока зношеність основних фондів Недостатнє матеріально-технічне забезпечення 30 % пацієнтів недоотримують якісну медичну допомогу Відсутність єдиного інформаційного простору Недостатня кількість кваліфікованих кадрів</p>
<p>Можливості:</p> <p>Нарощення самофінансування Розвиток ринку нових медичних послуг Удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг Можливість обслуговування ще більшої кількості населення прилеглих районів Масова житлова забудова поблизу медичного закладу Реформування охорони здоров'я Відсутність сильної конкуренції на поточний момент Можлива участь у Цільових програмах, Національних проектах, грантових конкурсах</p>	<p>Загрози:</p> <p>Незбалансованість обсягів медичної допомоги та фінансового забезпечення державних гарантій Скорочення обсягів бюджетного фінансування Нарощення пандемії спричиненої коронавірусом Економічна та політична криза Відсутність єдиних прозорих підходів до формування тарифів Відсутність усіх необхідних стандартів надання медичної допомоги Високе безробіття населення, що обслуговується. Слабка територіальна доступність Можливість появи конкуренції</p>

Всі зазначені фактори впливу були ранжовані за ступенем впливу на роботу досліджуваного закладу. На першому місці стоїть фактор, який надає найбільш сильний вплив, а на останньому – фактор з найменшим впливом.

На підставі перерахованих факторів слід скласти пари з внутрішніх і зовнішніх факторів для вирішення наступних питань:

- наскільки сильні сторони дозволяють використовувати можливості;
- наскільки слабкі сторони заважають використанню можливостей;
- наскільки сильні сторони дозволяють зменшити шкоду від загроз;
- наскільки слабкі сторони перешкоджають уникненню загрози.

Зокрема, розвинена комп'ютеризація та програмне забезпечення дозволять збільшувати обсяги діяльності, що приносять дохід, і знижувати постійні і змінні витрати в здійсненні даної діяльності.

Недостатня кількість кваліфікованих кадрів перешкоджає використанню можливості з обслуговування населення прилеглих районів, що в свою чергу буде перешкоджати отриманню максимально можливого фінансування

Наявність висококласного дорогого устаткування дозволить знизити збиток від скорочення обсягів бюджетного фінансування за рахунок надання платних послуг на даному обладнанні та зменшенні статі витрат на придбання нового обладнання та ремонт того, що використовується.

Висока зношеність основних фондів в найближчому майбутньому не буде усунена в зв'язку з економічною кризою, що згодом може спричинити неможливість отримання ліцензії на здійснення основних видів медичної діяльності.

На підставі складеної матриці SWOT-аналізу керівник КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» може розробити стратегію розвитку установи на найближчий час (3-5 років).

Таким чином, використання цього методу стратегічного аналізу дозволить керівнику КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» своєчасно адаптуватися до умов та факторів зовнішнього середовища, що змінюються, що відкриває нові

шляхи для подальшого розвитку установи, робить її більш конкурентоспроможною на ринку медичних послуг.

Висновки до розділу 2

Узагальнюючи аналіз основних показників діяльності КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» можна зробити висновки про наявність досить негативних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. Підприємство досить складно переживає період реформування галузі охорони здоров'я в Україні. Протягом 2017–2019 років КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» стабільно зазнавало збитків, його персонал постійно скорочується, разом з тим заробітна плата працівників залишається досить низькою. Матеріально-технічна база КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» постійно зменшується. Рентабельність підприємства – скорочується.

За результатами аналізу якості надання медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» з використанням обчислення коефіцієнта медичної результативності, з'ясувалося, що більше половини, а саме 69 % пацієнтів медичного закладу відчували значне поліпшення здоров'я після звернення. Близько 30 % пацієнтів все ж не отримують бажаного результату.

Загальний показник якості життя пацієнтів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» до (62,9) та після (75,51) їх лікування, що розраховувався нами на основі результатів опитування з використанням анкети MOS SF-36, покращився лише на 20 відсотків.

Ситуацію з якістю надання медичної допомоги в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» в умовах браку матеріально-технічного та фінансового забезпечення, у складний період реформування галузі, є досить складною і потребує вирішення без залучення додаткових значних коштів через зміну

безпосередньо підходу до управління якістю послуг, удосконалення відповідної системи.

Результати SWOT-аналіз КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» засвідчили, що його сильними сторонами є: високий рівень підготовки кадрів, сертифікованих фахівців; переважне задоволення споживачів медичної послуги; лідируюча позиція в наданні медичної допомоги сільському населенню; слабкі сторони цього медзакладу: нестабільне, обмежене бюджетне фінансування; висока зношеність основних фондів; недостатнє матеріально-технічне забезпечення; 30 % пацієнтів недоотримують якісну медичну допомогу; відсутність єдиного інформаційного простору; недостатня кількість кваліфікованих кадрів; його можливості: нарощення самофінансування; розвиток ринку нових медичних послуг; удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг; можливість обслуговування ще більшої кількості населення прилеглих районів; масова житлова забудова поблизу медичного закладу; реформування охорони здоров'я; відсутність на даний момент сильної конкуренції; можлива участь у Цільових програмах, Національних проектах, грантових конкурсах; загрози: незбалансованість обсягів медичної допомоги та фінансового забезпечення державних гарантій; скорочення обсягів бюджетного фінансування; нарощення пандемії спричиненої коронавірусом; економічна та політична криза; відсутність єдиних прозорих підходів до формування тарифів; відсутність усіх необхідних стандартів надання медичної допомоги; високе безробіття населення, що обслуговується; слабка територіальна доступність; можливість появи конкуренції тощо.

3 УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «МОГИЛІВ-ПОДІЛЬСЬКИЙ РМЦ ПМСД»

3.1 Запровадження інтегрованої системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг закладом охорони здоров'я

Оскільки за результатами аналізу та оцінювання системи управління якістю надання медичних послуг КНП «Могилів-Подільський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» з'ясувалося, що лише 69 % пацієнтів медичного закладу відчули значне поліпшення здоров'я після звернення, близько 30 % пацієнтів все ж не отримують бажаного результату, вважаємо, за необхідне розробити та впровадити, скориставшись вже існуючими напрацюваннями науковців та практиків [29-33] з врахування специфіки діяльності досліджуваного нами закладу, систему безперервного підвищення якості медичної послуги, що поєднує фінансово-економічні розрахунки за виконані медичні послуги з експертизою технології лікувально-діагностичного процесу за стандартами медичних послуг і дозволяє побудувати ієрархічну систему управління фінансуванням та якістю медичної послуги (рис. 3.1).

На рис. 3.1 зображено структурну схему системи безперервного підвищення якості медичної послуги, що включає формування програми державних гарантій, систему фінансово-економічних розрахунків за виконані медичні послуги, а також систему експертизи технології лікувально-діагностичного процесу.

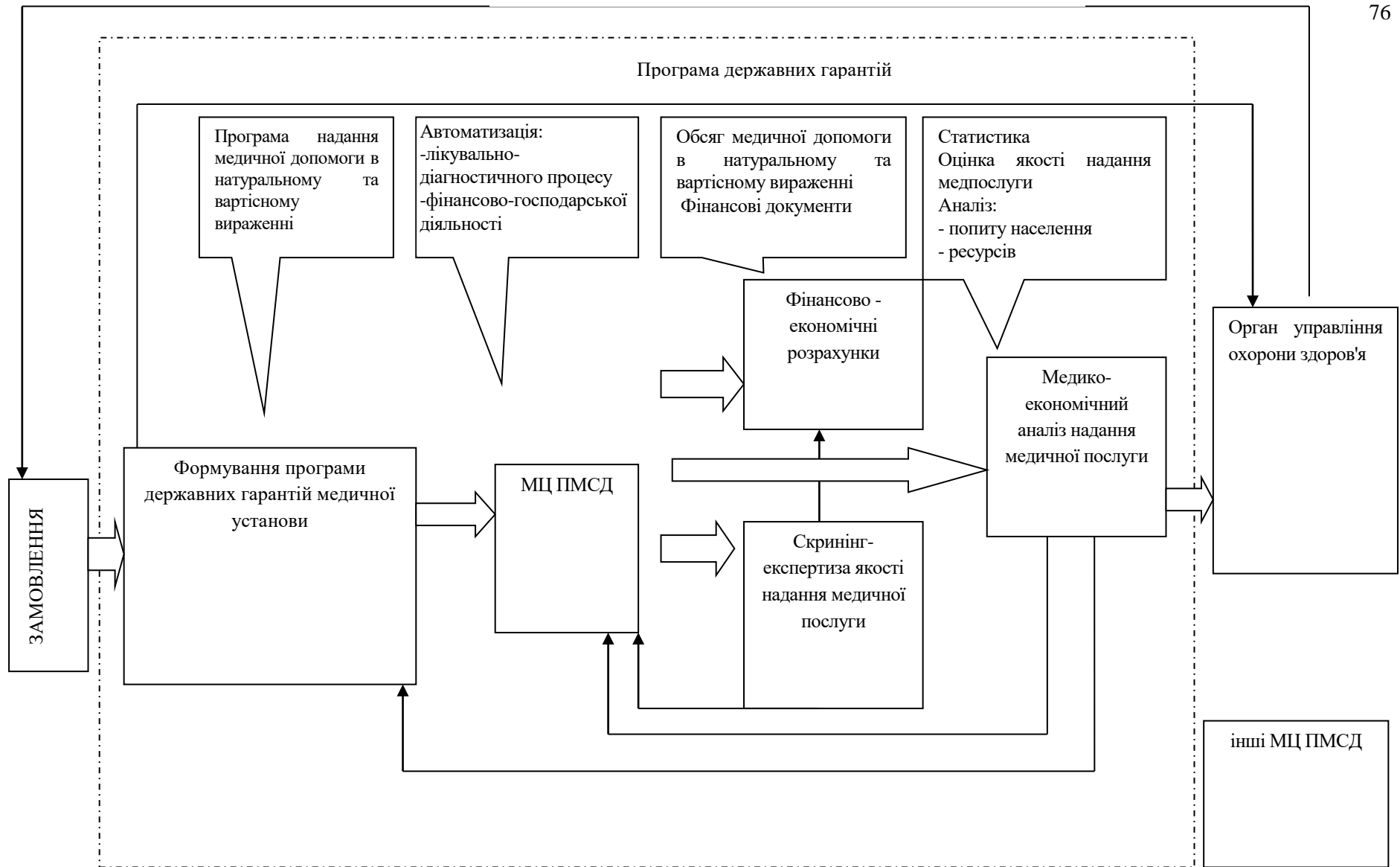


Рисунок 3.1 – Структурна схема інтегрованої системи безперервного підвищення якості медичної послуги в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Для забезпечення контролю на кожному ієрархічному рівні інтегрованої системи безперервного підвищення якості медичної послуги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» необхідний єдиний підхід до розуміння системи управління безперервним підвищенням якості медичної послуги, що передбачає наявність:

- програми державних гарантій, збалансованої за структурою та обсягом медичної послуги з фінансовими засобами, які виділяються на її виконання з усіх джерел;

- моделей простих і комплексних медичних послуг;

- уніфікованих документів щодо роботи та оцінювання діяльності медичної установи;

- методичного підходу до ліцензування та акредитації медичних установ;

- методичного підходу до комплексного оцінювання якості медичної послуги;

- системи фінансово-економічних розрахунків за виконані медичні послуги.

Детальніше про формалізацію останніх двох елементів інтегрованої системи безперервного підвищення якості медичної послуги в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» розглянемо у наступних параграфах дипломної роботи.

3.2 Удосконалення системи фінансово-економічних розрахунків за виконані медичні послуги

Слід зауважити, що одним з найбільш проблемних елементів структурної схеми інтегрованої системи безперервного підвищення якості медичної послуги в

КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» є налагодження процесу оплати медичної послуги.

Фінансове забезпечення медичних установ здійснюється в рамках Програми державних гарантій за двома основними напрямками – з планованих коштів бюджету та системи обов'язкового медичного страхування (ОМС).

Поява нової системи формування фінансових ресурсів охорони здоров'я супроводжується організацією відповідних способів фінансування медичних установ.

В системі обов'язкового медичного страхування (ОМС) спосіб фінансування виступає як метод оплати медичної послуги установі.

Існуючі в даний час методи оплати медичної послуги можна класифікувати за кількома основними ознаками.

Зокрема, за методом відшкодування витрат розрізняють ретроспективний спосіб (за фактичними витратами) та перспективний (за планованим витратам). Ці методи передбачають попередній розрахунок витрат. Однак при ретроспективному – оплата набору медичних послуг на випадок захворювання визначається від фактично використаної технології лікування та впливає на загальну суму витрат.

Оплата по середньому нормативу по кожній амбулаторно-поліклінічній установі передбачає встановлення числа прикріпленого населення з розбивкою по ділянках, а також критеріїв роботи. Медичний заклад зобов'язується використовувати виділені кошти диференційовано з урахуванням статі, віку, захворюваності та кінцевих результатів праці.

Медичне обслуговування населення інших територій, передбачає використання гонорарного принципу оплати, величина останнього залежить від обсягу наданої медичної допомоги та її якості.

Попередня система оплати передбачає визначення заздалегідь розрахованими витратами на плановану усереднену технологію медичної послуги при даному випадку захворювання. Точність останнього способу зросте з впровадженням стандартів медичної послуги та визначенням механізму її оплати.

На нашу думку, тільки введення системи обліку витрат за центрами відповідальності та місцями виникнення витрат дозволить перейти до розрахунків, що відображає не просто кількісний результат, але і його якість.

За ступенем орієнтації на обсяги діяльності виділяють способи оплати, що залежать і не залежать від обсягів наданої медичної послуги. Можна оплачувати кожну медичну послугу або випадок захворювання, а можна формувати загальний кошторис витрат амбулаторно-поліклінічного закладу (АПЗ).

У першому варіанті обсяг фінансування змінюється пропорційно обсягу виконаних медичних послуг, а в другому практично не підлягає коригуванню (можлива тільки індексація загальної величини витрат відповідно до інфляційних процесів).

За рівнем агрегації одиниці об'єму діяльності лікувально-профілактичного закладу, що підлягає оплаті, розрізняють способи оплати в розрахунку на медичну послугу та випадок захворювання (певне поєднання медичних послуг).

В даний час в якості одиниці фінансування застосовуються різні комбінації об'ємних показників діяльності. Наведемо методи оплати медичної послуги стосовно амбулаторно-поліклінічної ланки:

- за кошторисом витрат (постатейний бюджет);
- за відвідуваннями;
- за окремими медичними послугами;
- за закінченим випадком лікування;
- за подушним нормативом;
- за стандартами медичних послуг;
- глобальний бюджет тощо.

Не існує ідеального та не існує найгіршого методу оплати медичної послуги, але існує кращий метод в даних умовах і для конкретних цілей. Кожен метод по-різному впливає на економічну ефективність.

Регульована конкуренція між виробниками медичних послуг посилює позитивний ефект будь-якого методу оплати. Ефективність подібних методів багато в чому залежить від ступеня свободи пацієнта у виборі лікаря та медичної установи.

Метод оплати медичної допомоги визначає порядок і правила надходження грошових коштів в установу. Порядок і правила витрачання коштів всередині установи визначаються його керівником відповідно до чинних нормативних

документів. В умовах обов'язкового медичного страхування керівнику медичної установи важливо перейти до більш складної схеми взаємної ув'язки способу надходження коштів та їх витрачання.

У зв'язку з цим вибір нового методу оплати медичної послуги вимагає великої попередньої роботи. Перш за все, проводиться аналіз і продумується можливість організації контролю діяльності медичних установ і витрачання ресурсів за рівнями управління (територіальний фонд ОМС, його філії, орган управління охороною здоров'я, страхова медична організація, медичний заклад).

Використання відмінних від кошторисної схем фінансування ускладнюється необхідністю розробки і впровадження відповідних форм статистичного, фінансового та управлінського обліку. Це вимагає якісно нового інформаційного забезпечення діяльності учасників системи ОМС.

Перехід до нових способів фінансування неможливий без зміни правил штатного нормування і правил нормування матеріальних витрат.

Оскільки спосіб оплати медичної допомоги безпосередньо відбивається на формуванні загального обсягу фінансових ресурсів установи, то різні способи оплати можуть створювати різноспрямовані стимули в діяльності установ або всередині підрозділів останнього. Це призводить до необґрунтованого перерозподілу фінансових коштів на користь одного або декількох видів медичної послуги. Ризик отримання небажаних медико-організаційних наслідків висуває особливі вимоги до правил розподілу коштів як всередині установи, так і між спадкоємними етапами медичної послуги.

Погоджуємося з багатьма науковцями та практиками [28-33], вважаємо, доречним використання методу оплати медичної послуги за моделями простих і комплексних медичних послуг, який є найбільш перспективним, на нашу думку, для застосування в умовах обмежених фінансових ресурсів.

Модель простої медичної послуги – нормативний документ, який визначає обсяг (повноту, зміст) послуги, вимоги до оформлення результатів, підготовку пацієнта, нормовану трудомісткість для основних виконавців, перелік лікарських засобів, витратних матеріалів та виробів медичного призначення, необхідних для

виконання послуги, що застосовується технологічне обладнання і час його зайнятості [28-29].

Модель комплексної медичної послуги – нормативний документ, що визначає гарантований обсяг діагностичних і лікувальних процедур, маніпуляцій, перелік лікарських засобів, витратних матеріалів та виробів медичного призначення, терміни і вимоги до результату лікування за певною нозологією [28-29].

Застосування методу оплати медичної послуги за моделями простих і комплексних медичних послуг передбачає дотримання наступних правил:

1. Оплату медичної послуги в повному обсязі вартості моделі виконується лише у разі відповідності технології її надання, досягнення вимог до результатів лікування (критеріїв результативності), зазначених в моделях, і при дотриманні нормативного терміну перебування в закладі охорони здоров'я з урахуванням допустимих відхилень.

2. Дорогі прості медичні послуги, а також послуги, надані понад обсяг, зазначений в моделі, виставляються в рахунку окремим рядком.

3. Формування рахунку при лікуванні основного і супутнього захворювань передбачає врахування видів нозології:

– при захворюваннях, що відносяться до одного класу хвороб і одній системі, в якості основного вибирається найбільш важке і оплата за лікування виставляється за вартістю відповідної моделі. Прості медичні послуги, які не увійшли в модель по основній патології, а фактично виконані за показаннями для супутнього захворювання, виставляються в рахунку окремим рядком;

– при захворюваннях, що відносяться до різних органів і систем,

– діагностика і лікування проводяться за різними медичними технологіями, а в рахунку за пролікованого хворого вказується окремими рядками вартість по кожній моделі за умови дотримання термінів лікування і досягнення вимог до результатів лікування, закладених в моделях.

4. Оплата закінчених випадків лікування в поліклініці проводиться за моделями комплексних медичних послуг з урахуванням безперервно діючої суцільної та вибіркової системи експертизи технології лікувально-діагностичного

процесу – єдиної для органів управління охороною здоров'я, територіальних фондів обов'язкового медичного страхування і страхових медичних організацій.

5. У разі недосягнення вимог до результатів лікування, зазначених в моделях, і / або недотриманні нормативного терміну лікування, а також у разі неможливості її надання пацієнту (смерть, самовільний відхід та тощо) оплата медичної допомоги проводиться за фактичними витратами, при цьому :

- оплата медичної допомоги за необґрунтовану наднормативну затримку пацієнта не проводиться;

- оплата за лікування супутніх захворювань однієї системи в МЦ ПМСД ведеться за фактичними витратами відповідно до положення про контроль якості надання медичної допомоги;

- оплата за перевищення термінів лікування по основному захворюванню в зв'язку з супутньою патологією не проводиться;

- оплата дорогих медичних послуг, а також послуг, що не входять в моделі, проводиться за фактичними витратами установи тільки у випадках їх обґрунтованості і наявності дозволу на їх виконання експертною комісією медичного закладу;

- витрати на лікування ускладнень, що не були діагностовані в період лікування (в поліклініці) і призводять до необхідності повторного курсу лікування в установі, лягають на внутрішні витрати установи тощо.

Тому з метою забезпечення організаційно-економічної діяльності медичних установ розроблено інтегровану систему фінансово-економічних розрахунків (рис. 3.2), що враховує особливості методів оплати за медичну допомогу.

Дворівнева інтегрована система «Фінансово-економічних розрахунків», призначена для автоматизації організаційно-економічної діяльності медичних установ і органів управління охороною здоров'я (фондів обов'язкового медичного страхування, страхових медичних організацій) і орієнтована на використання в умовах медичного страхування.

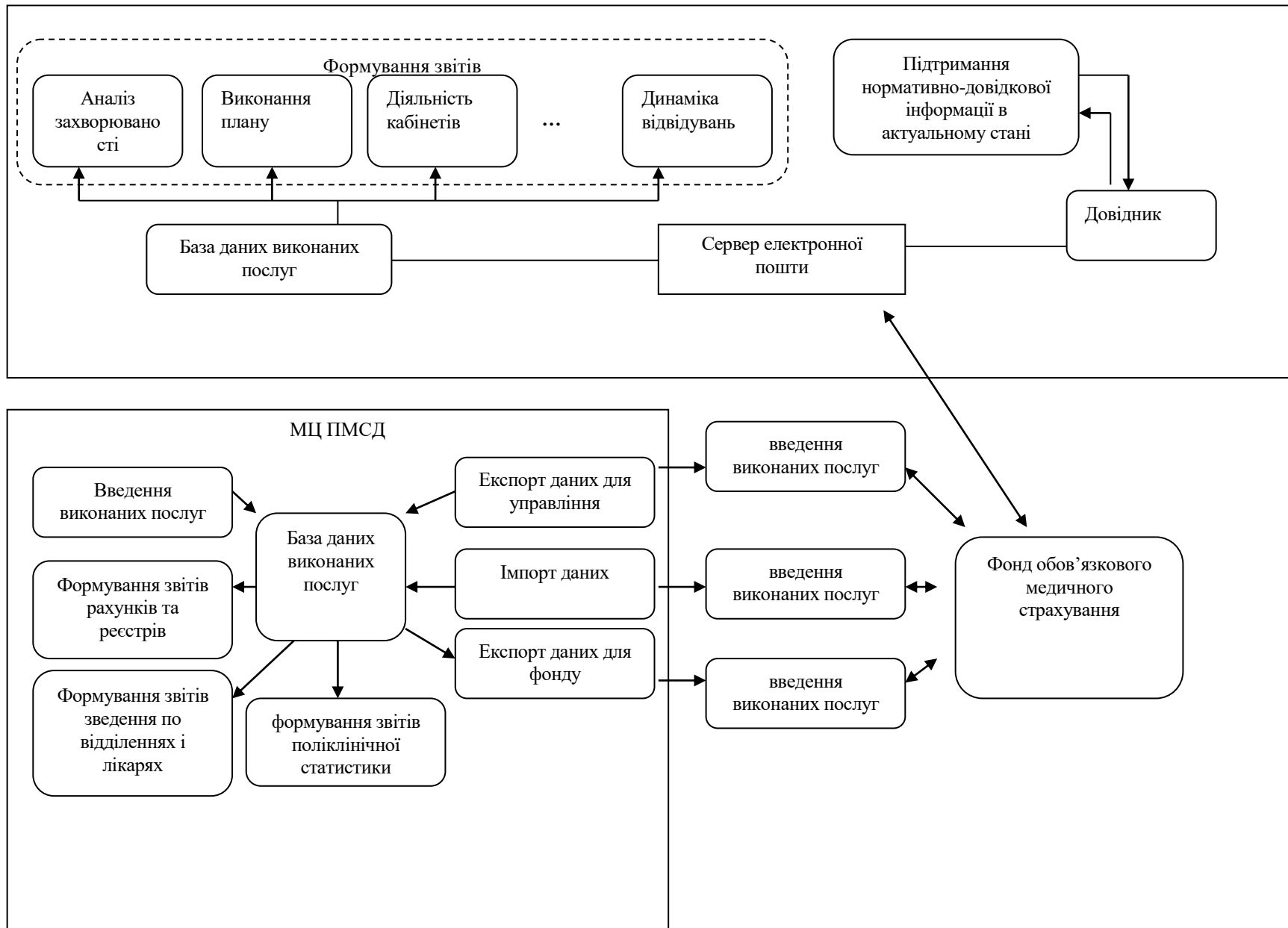


Рисунок 3.2 – Інтегрована система «Фінансово-економічні розрахунки»

Комплекс завдань «Фінансово-економічні розрахунки» (рівень медичного закладу) по кожному з п'яти джерел фінансування забезпечує вирішення наступних завдань:

1. Формування і відображення у вихідних формах фактичних даних про виконання медичних послуг за звітний період в натуральному і вартісному вираженні з систематизацією за джерелами фінансування, замовникам і виконавцям.

2. Формування закінчених фінансових документів на основі звітних даних за пролікованих пацієнтів, виконані медичні послуги (персональні, зведені рахунки, рахунки-фактури).

3. Ведення внутрішніх взаєморозрахунків і зовнішніх розрахунків за виконані медичні послуги з роздільним і зведеним урахуванням показників.

4. Ведення обліку навантаження на виконавців медичних послуг в натуральному і вартісному вираженні.

5. Отримання статистичних даних за зверненнями, захворюваності, хворобливості та смертності.

Як було вказано раніше, розроблена інтегрована система фінансово-економічних розрахунків (рис. 3.2) враховує особливості методів оплати за медичну допомогу (рис. 3.3).

Вважаємо, що система оплати за медичні послуги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» має бути побудована як претензійно-позовна та передбачати наявність п'яти джерел фінансування за виконані медичні послуги (рис. 3.4):

- бюджет;
- обов'язкове медичне страхування;
- добровільне медичне страхування;
- господарські договори;
- кошти населення.

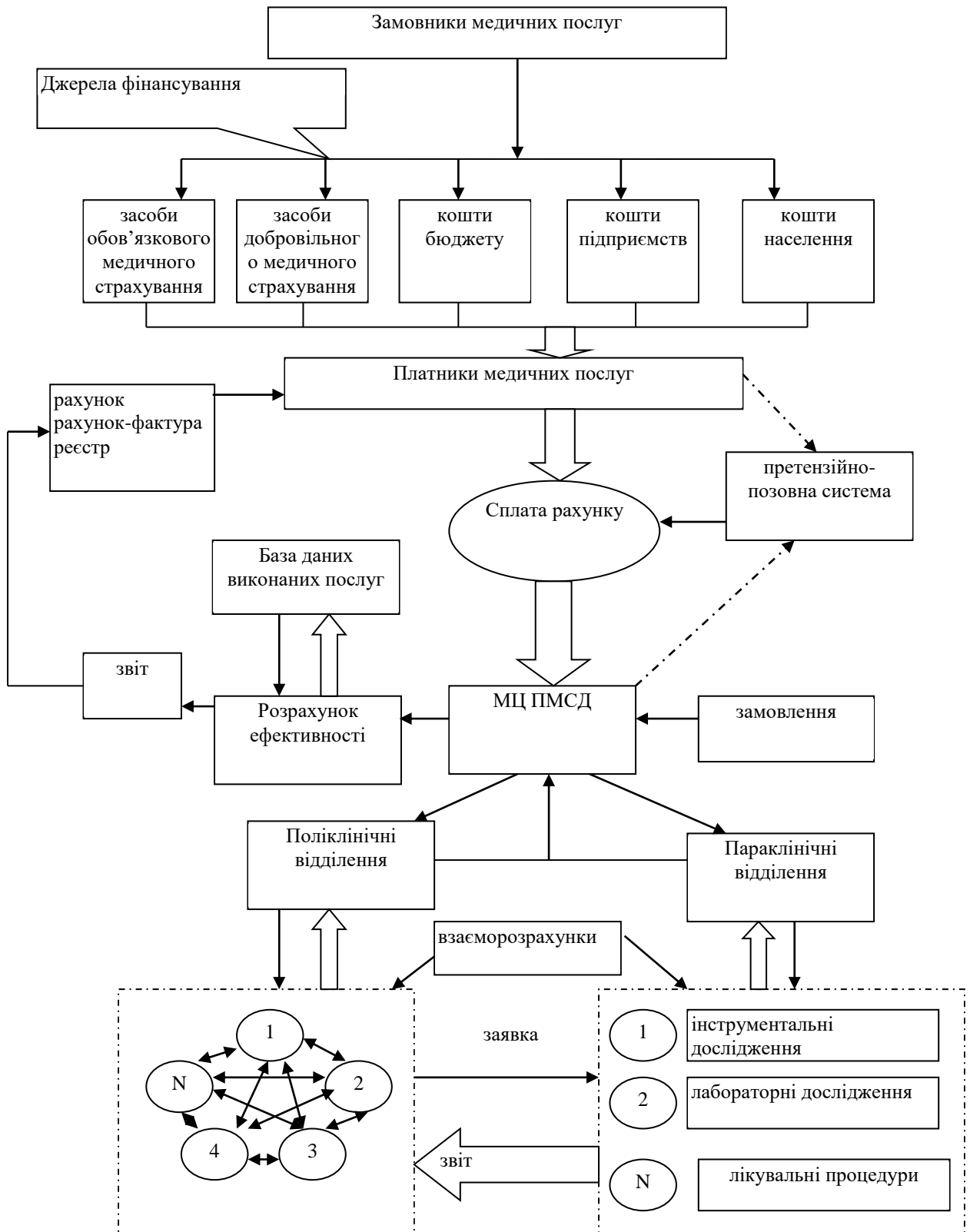


Рисунок 3.3 – Оплата за медичні послуги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» за удосконаленою системою

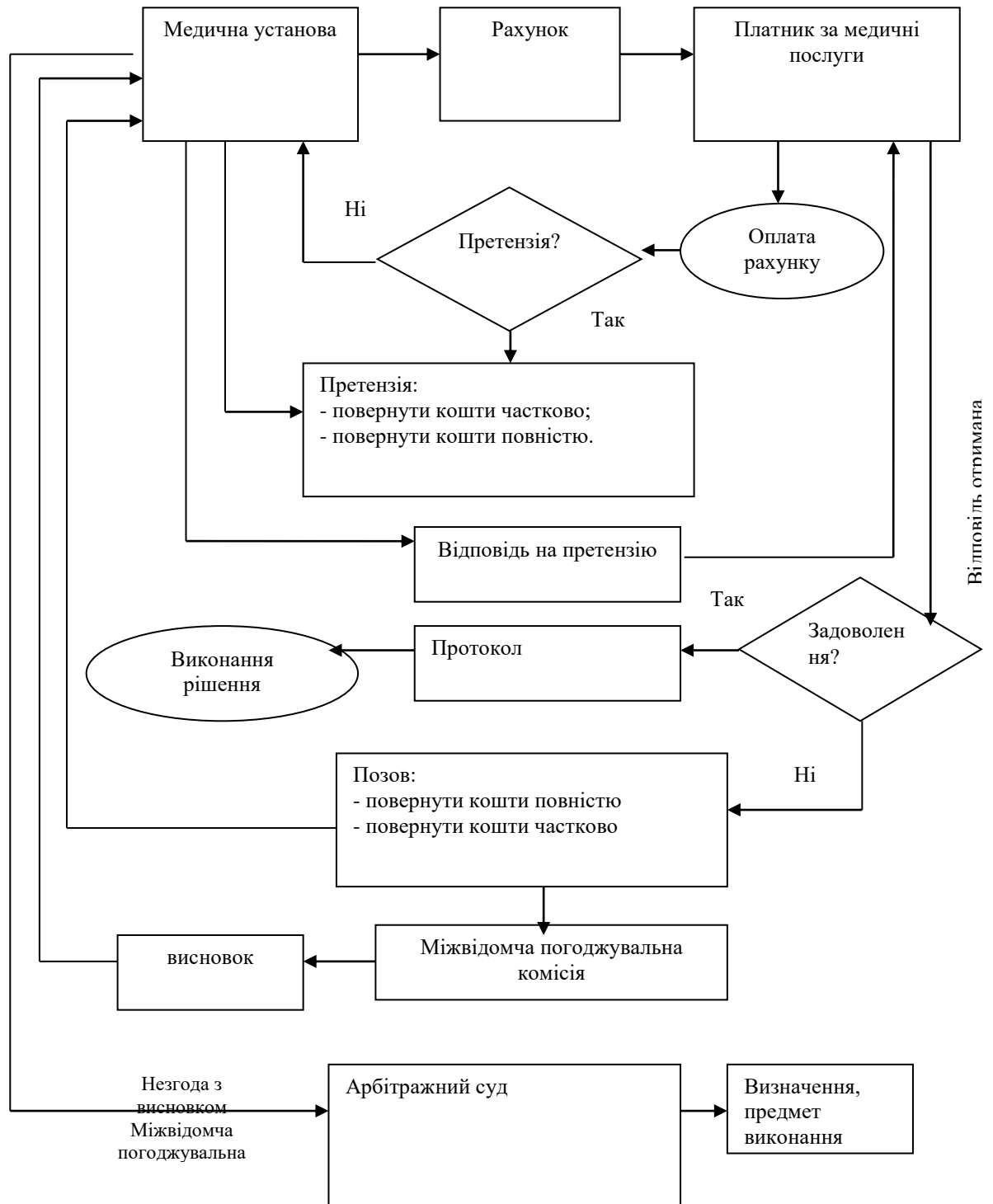


Рисунок 3.4 – Структура претензійно-позовної системи оплати за медичні послуги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»

Порядок формування рахунків за медичні послуги та порядок пред'явлення їх до оплати відповідно до рис. 3.3, наступний.

Після закінчення лікування пацієнта установа охорони здоров'я формує фінансові документи, необхідні для пред'явлення платнику, за відповідним джерелом фінансування.

Первинні документи, на підставі яких проводиться формування фінансових документів для оплати за надану медичну послугу, залишаються в установі за місцем надання медичної допомоги і служать підставою для підтвердження виконаних обсягів робіт при проведенні перевірок та експертизи якості надання медичної послуги.

Формування фінансових документів для оплати за медичну послугу може проводитися в ручному або автоматизованому варіантах з наданням платнику рахунків за пролікованих пацієнта. Платник здійснює експертизу фінансових документів, та при відсутності претензій оплачує їх.

При наявності претензій документи направляються на медико-економічну експертизу. При виявленні порушень якості надання медичної допомоги в силу вступають штрафні санкції.

Сума штрафних санкцій з медичного закладу стягується згідно з договором на надання медичної допомоги. Спірні випадки розглядаються Міжвідомчою погоджувальною комісією відповідно до регламенту її роботи. Офіційним для медичного закладу є висновок експертів медичної асоціації. Незалежно від рішення погоджувальної комісії сторони можуть звертатися до арбітражного суду в установленому порядку.

Деякі дослідники вважають, що медична послуга в принципі не піддається стандартизації, так як вона відображає усереднені обсяги медичної послуги та не враховує найрізноманітніші чинники, що впливають на вибір технології лікування щодо конкретного пацієнта [30-33].

Водночас, слід зазначити, що аналіз дотримання стандартів медичних технологій може дати тільки непрямую оцінку одного з компонентів якості медичної послуги – виконання технології лікувально-діагностичного процесу. Оцінка роботи лікаря при наданні медичної послуги ґрунтується на зіставленні виконаних заходів зі стандартами медичних технологій, які повинні представляти

собою перелік обов'язкових діагностичних і лікувальних дій лікаря при різних нозологічних формах на певному етапі лікування.

Оцінка якості надання медичної послуги пацієнту на всіх етапах лікувально-діагностичного процесу є трудомісткою справою, що вимагає єдиного методичного підходу. Використання для цього тільки медичних технологічних стандартів, якими б вони докладними були, не дозволяє оцінити все різноманіття патологічних проявів захворювання, обумовлених такими індивідуальними особливостями пацієнта як стать, вік, наявність супутніх захворювань, непереносимість окремих лікарських засобів тощо.

Однак це не виключає можливості проведення суцільної автоматизованої експертизи, що дозволяє отримати один з елементів комплексної оцінки якості надання медичної послуги на початковому етапі проведення експертизи та за її результатами формувати експертні висновки для проведення експертизи із залученням фахівців-експертів.

3.3 Застосування суцільної автоматизованої експертизи для забезпечення комплексного оцінювання якості надання медичної послуги

Як бачимо, медичні стандарти – необхідна умова забезпечення належного оцінювання технології лікувально-діагностичного процесу при проведенні експертизи якості медичної послуги [29], і суцільна автоматизована експертиза також вимагає відповідних методів.

Існуючі медичні стандарти не повною мірою дозволяють використовувати автоматизовані способи оцінювання. Недоліком є слабка формалізація стандартів, відсутність в них блоків лікарського забезпечення, витратних матеріалів, обладнання, що використовується.

Структура моделей простих і комплексних медичних послуг, розроблена [29], дозволила нам запропонувати наступні підходи до створення алгоритмів та

методичного підходу до автоматизованого оцінювання лікувально-діагностичного процесу (3.5).

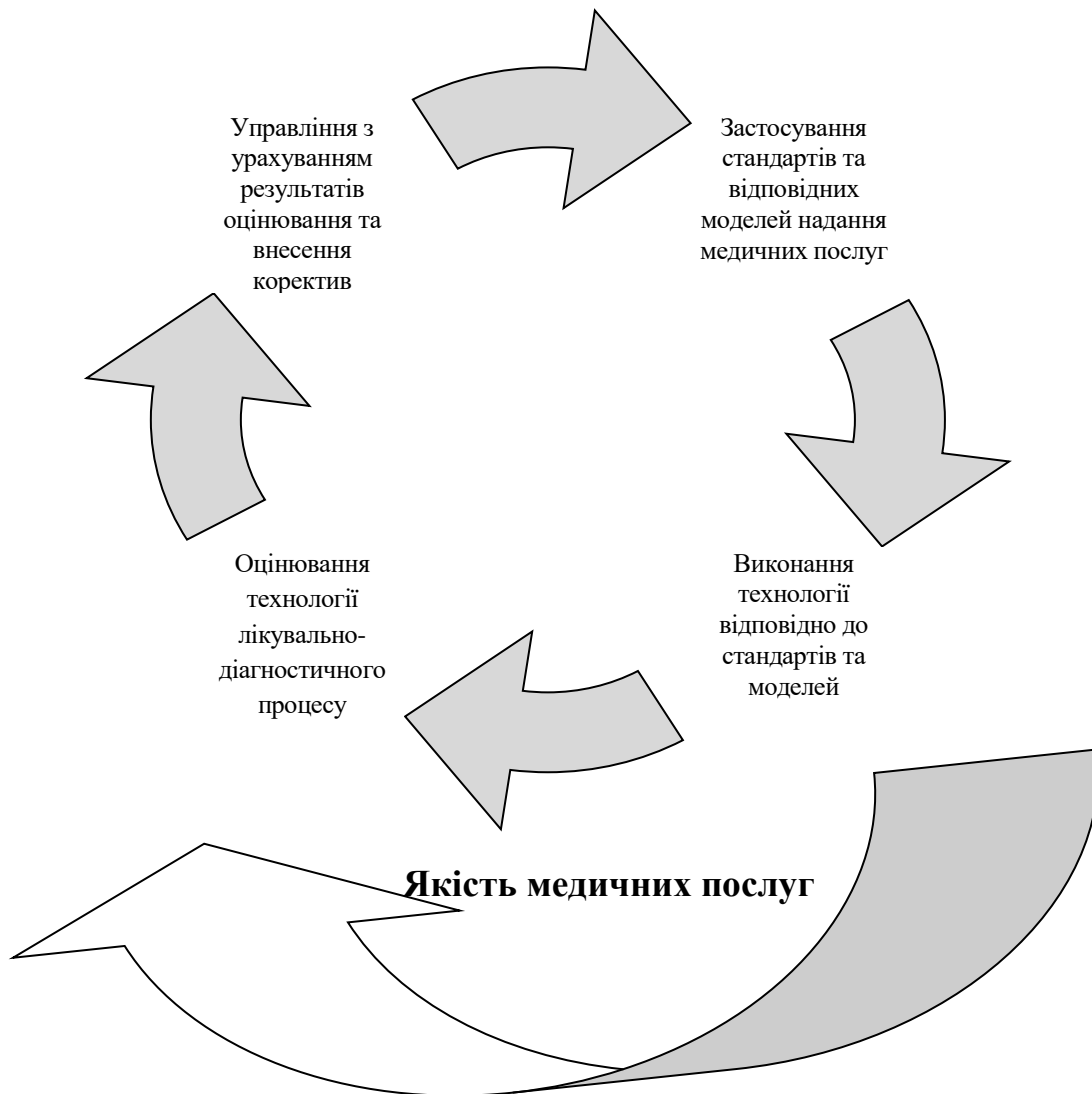


Рисунок 3.5 – Процес безперервного підвищення якості медичних послуг

Як ми можемо побачити, на рис. 3.5 виділено стадії процесу безперервного підвищення якості медичної послуги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД».

З приводу етапу оцінювання результатів лікувально-діагностичного процесу, слід зазначити, що необхідно використовувати обрахунок коефіцієнта, який визначає комплексну оцінку технології лікувально-діагностичного процесу, що розраховується як сума коефіцієнтів, які характеризують локальні оцінки обсягу виконаних лабораторних, інструментальних методів досліджень, консультацій та

лікарських прийомів, лікувальних і діагностичних маніпуляцій та процедур, виконання «лікарського стандарту» з урахуванням обсягу та відсотка їх вживаності.

При цьому важливо враховувати ступінь впливу кожного з перерахованих факторів на досягнення прогнозованого результату захворювання шляхом введення коефіцієнтів значущості.

Інформація про проведені діагностичних і лікувальних заходах відповідно до моделей надання медичної допомоги дозволяє проводити експертизу якості медичної допомоги, наданої як конкретним виконавцем, так і в цілому по поліклініці.

Впровадження системи в мінімальному обсязі (без автоматизованих робочих місць лікарів-терапевтів і фахівців-консультантів) передбачає наявність реєстра населення, що обслуговується і автоматизованих робочих місць медичного реєстратора і статистика.

Для забезпечення отримання обґрунтованих оцінок виконання технології лікувально-діагностичного процесу в цілях прийняття управлінських рішень щодо його вдосконалення розроблена інтегрована автоматизована система експертизи, в основі якої лежить база даних «Моделі медичних послуг» і описаний вище алгоритм отримання комплексної оцінки.

Структурна схема інтегрованої системи автоматизованої експертизи технології лікувально-діагностичного процесу розроблена на основі досліджень [29-33] представлена на рис. 3.6.

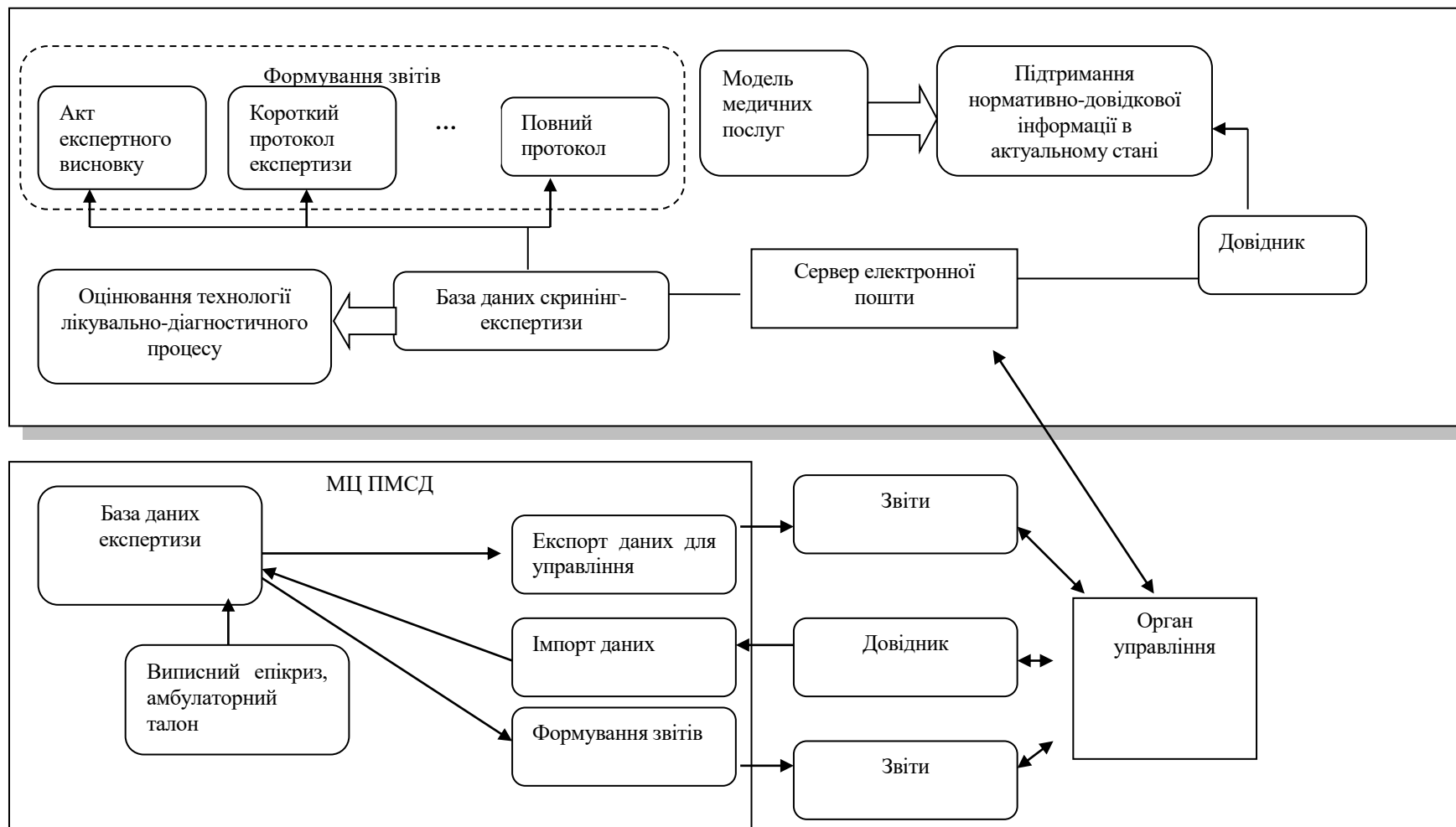


Рисунок 3.6 – Інтегрована система автоматизованої експертизи технології лікувально-діагностичного процесу

В інтегрованій системі на верхньому і нижньому рівнях використовуються ідентичні бази даних, що дозволяє на верхньому рівні контролювати експертизу, проведену в закладі охорони здоров'я, на підставі узагальнених даних коригувати довідники і давати комплексну оцінку якості медичної допомоги місцевому населенню.

Планування роботи з контролю якості надання медичних послуг передбачає формування нормативного рівня комплексного показника якості надання медичних послуг, можливі інтервали його варіювання для даної установи та встановлення оптимальних рівнів критеріїв результативності медичних підрозділів.

Проведення експертизи технології лікувально-діагностичного процесу дозволяє виявити випадки відхилень від нормативного рівня і сформувати списки експертних випадків для проведення експертизи якості надання медичних послуг.

Впровадження в практику КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» суцільний автоматизованої експертизи технології лікувально-діагностичного процесу передбачає необхідність формалізації інформації в первинній обліковій документації та створення автоматизованої історії хвороби. Автоматизована обробка цих документів та зіставлення інформації, відображеної в них, з моделями простих і комплексних медичних послуг дозволяють визначити комплексні нормативні показники оцінки технології лікувально-діагностичного процесу.

З метою спрощення і прискорення використання експертизи технології лікувально-діагностичного процесу в оцінці якості надання медичних послуг слід також розробити форми стаціонарної автоматизованої історії хвороби і талону амбулаторного пацієнта. За цими формами документів зручно проводити суцільну автоматизовану експертизу технології лікувально-діагностичного процесу по всіх випадках звернення пацієнтів. Як правило, в процесі автоматизованої обробки талонів амбулаторного пацієнта (в них відображено весь обсяг амбулаторної допомоги) зіставляються виконані діагностичні та лікувальні заходи з моделями як за основним, так і по супутнім діагнозами. В результаті такого зіставлення

визначаються коефіцієнти відповідності фактично виконаних і необхідних за моделями діагностичних і лікувальних процедур, оцінюються фактично досягнуті і оптимальні критерії результативності, а також результати лікування.

Формування пропозицій включає видачу рекомендації щодо проведення аналізу певних розділів роботи, що характеризують якості надання медичних послуг.

Формування експертних характеристик відбувається при аналізі даних з талону амбулаторного пацієнта і порівнянні їх з моделями комплексних медичних послуг.

На рисунку 3.7. показана структурна схема експертизи технології лікувально-діагностичного процесу.

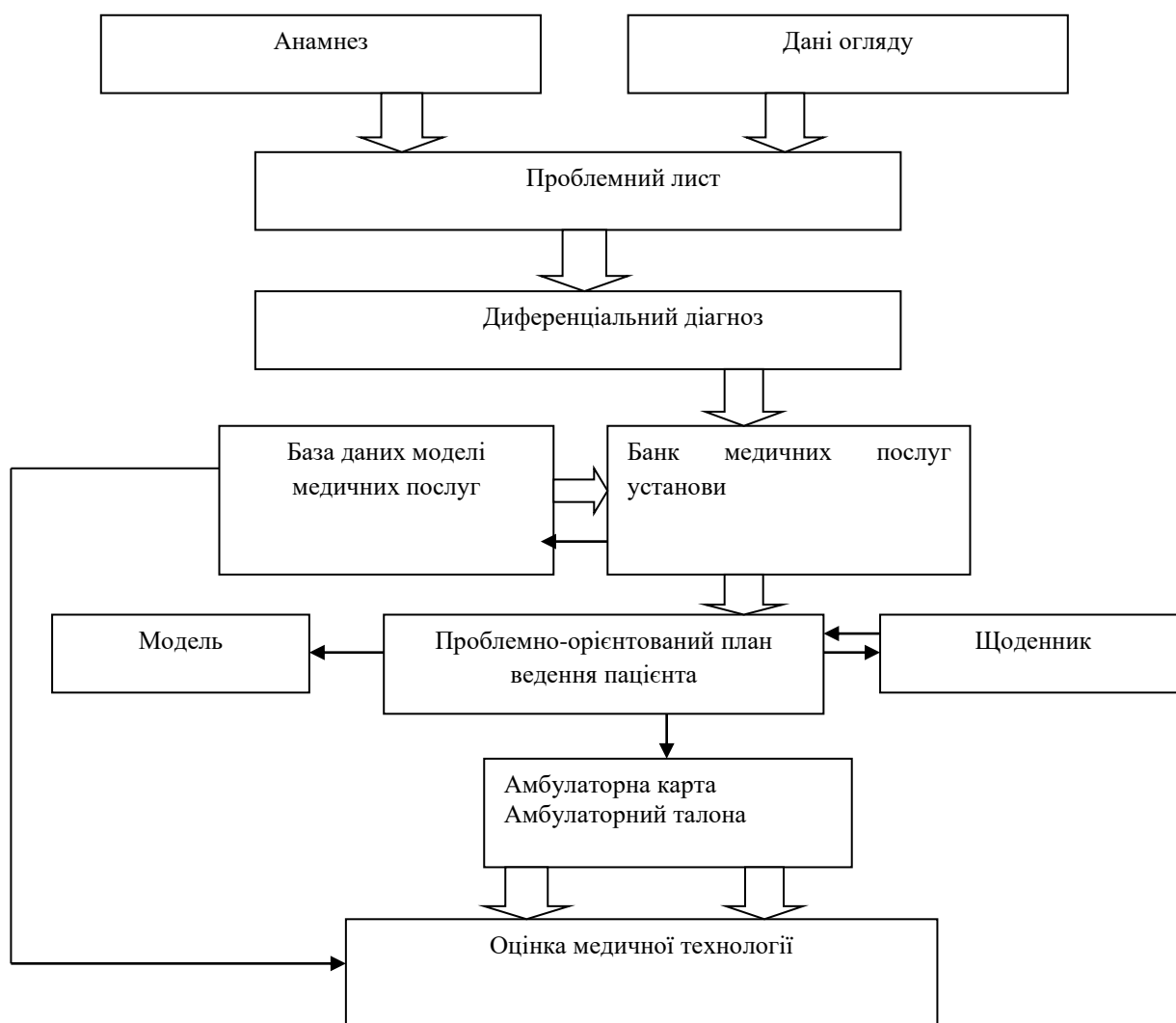


Рисунок 3.7 – Структурна схема автоматизованої експертизи технології лікувально-діагностичного процесу

Така експертиза дозволяє зібрати статистичну інформацію на фактично виконаний обсяг роботи щодо нозології та виконавців, визначити можливі відхилення від моделей, які не впливають на результативність лікування, встановити нормативний рівень інтегрального показника якості надання медичних послуг та систематично коригувати моделі.

Результат суцільної експертизи – виявлення недоліків в роботі кожного виконавця і всього МЦ ПМСД, всіх випадків несприятливих наслідків лікування (погіршення, інвалідність, ускладнення, смерть), недосягнення необхідних критеріїв результативності надання медичних послуг, розрахунок комплексного показника.

Сформовані результати експертиз є експертними випадками і вимагають подальшого проведення експертизи за участю експертів як з оцінки медичної технології, так і оцінки матеріальних і кадрових ресурсів установи.

При вибірковій оцінці якості медичного обслуговування експерт працює з переліком дефектів, виявлених при наданні медичних послуг, як для суцільного, так і для вибіркової експертизи. Всі виявлені недоліки вносяться в таблицю дефектів надання медичних послуг «Акта експертного висновку».

Рівень якості догляду за хворим встановлюється стандартами організації роботи середнього медичного персоналу.

Обґрунтованість скарг хворих на порушення етико-деонтологічних відносин визначається підтверджують письмовими документами (письмові скарги пацієнтів).

Порушення санітарно-епідеміологічного режиму встановлюється відповідною документацією санітарно-епідеміологічних органів. Необґрунтованість відмови в медичній допомозі визначається відповідними документами (скарга пацієнта в письмовій формі на відмову в послугі).

Грубі дефекти оформлення документації, що впливають на оцінку стану хворого, терміни і результати лікування визначаються вимогами до заповнення та оформлення медичної документації.

Недостовірність відомостей у обліково-звітній документації виявляється шляхом опитування пацієнтів, медичного персоналу.

Оцінка ступеня повноти виконання технології лікувально-діагностичного процесу ведеться за моделями комплексних медичних послуг. Під обов'язковим мінімумом стандартного обстеження і лікування розуміються процедури, послуги з частотою їх застосування 95-100%. Неповний обсяг обстеження та лікування встановлюється експертом з урахуванням моделей і результату захворювання.

При виявленні дефектів лікувально-діагностичного процесу амбулаторно-поліклінічної ланки слід користуватися моделями медичних послуг диспансерної і профілактичної допомоги відповідно до описаної і

Медична ефективність (результативність) оцінюється за наступними критеріями: вимоги до результатів лікування; досягнення сприятливих результатів лікування хворого; розбіжність діагнозів амбулаторних, стаціонарних, патолого-анатомічних; наявність ускладнень.

Досягнення оптимальних результатів стаціонарного лікування передбачає можливість виписки хворого на роботу або на амбулаторне лікування. Об'єктивність оцінки досягається завдяки наявності розроблених класифікаторів, що містять критерії результатів лікування, і моделей комплексних медичних послуг.

Розбіжність діагнозів встановлюється за даними амбулаторної і стаціонарної служби і окремо за клінічним і патолого-анатомічного діагнозу. Визначається як повне, так і часткове розбіжність, і в залежності від цього призначаються штрафні бали.

При встановленні штрафів за ускладнення і провини медичних працівників в їх виникненні необхідно враховувати чинники, які залежать від діяльності лікаря. До останніх можна віднести особливості перебігу захворювання, вік, тяжкість стану хворого, термін звернення за медичною допомогою.

Таким чином, аналіз методів оплати медичної допомоги показав, що не існує ні ідеального методу оплати медичної допомоги, існує кращий метод в даних умовах і для конкретних цілей. Кожен метод по-різному впливає на

економічну ефективність, а регульована конкуренція між виробниками медичних послуг посилює позитивний ефект будь-якого методу оплати.

Запропоновано систему безперервного підвищення якості медичної допомоги. Вона включає в себе планування медичної допомоги, що фінансується за рахунок коштів, що виділяються, фінансово-економічні розрахунки за виконані медичні послуги і експертизу технології лікувально-діагностичного процесу.

Оплату закінчених випадків лікування в МЦ ПМСД запропоновано проводити за моделями комплексних медичних послуг з урахуванням безперервної діючої суцільної системи експертизи технології лікувально-діагностичного процесу, єдиної для медичних установ, органів управління охороною здоров'я, фондів обов'язкового медичного страхування і страхових медичних організацій.

Послуги харчування і перебування пацієнта в стаціонарі запропоновано виділяти в рахунку окремим рядком, а суми за ці послуги визначати відповідно до фактичного терміну перебування пацієнта в стаціонарі за основним і супутнім захворюванням.

Для проведення суцільної експертизи технології лікувально-діагностичного процесу розроблена методика, яка є однією з компонент оцінки якості надання медичної допомоги. Сформовані результати експертиз є експертні випадки, які вимагають подальшого поглибленого аналізу за участю експертів з оцінки як медичної технології, так і матеріальних та кадрових ресурсів установи.

Для забезпечення організаційно-економічної діяльності медичних установ розроблена інтегрована система фінансово-економічних розрахунків, що враховує всі особливості методів оплати за медичну допомогу. Система побудована як претензійно-позовна та допускає наявність п'яти джерел фінансування за виконані медичні послуги.

Поряд з аналізом попиту населення на медичні послуги, формуванням фінансово-розрахункових документів, статистичних звітів, система дозволить в автоматичному режимі сформувати моделі комплексних медичних послуг за фактичними обсягами інструментальних і лабораторних методів дослідження і лікувально-діагностичних процедур. Порівняння вмісту отриманих моделей з

моделями комплексних медичних послуг показує повний збіг в плані мінімально допустимого обсягу діагностики та лікування і близьких результатів по виду та обсягу простих медичних послуг, які виконуються понад мінімальний медико-соціального стандарту. Це підтвердиться підвищенням якості надання медичних послуг після впровадження інтегрованої системи.

Поряд з економічним ефектом передбачається отримання соціального ефекту: за рахунок впровадження розробленого нами інструментарію постійного розвитку якості надання медичних послуг МЦ ПМСД, медичні послуги стануть доступнішими і наближеними до місця проживання пацієнтів.

3.4 Економічне обґрунтування впровадження системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг

Велике значення має економічне обґрунтування впровадження системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг закладом охорони здоров'я, що передбачає удосконалення системи фінансово-економічних розрахунків за виконані медичні послуги через інтегровану систему «Фінансово-економічні розрахунки», а також застосування суцільної автоматизованої експертизи для забезпечення комплексного оцінювання якості надання медичної послуги.

За результатами досліджень науковців та практиків [29-33] впровадження подібної системи в інших закладах охорони здоров'я дало від 10 до 40 % приросту пацієнтопотуку.

Крім того, вказані науковці запропонували методичний підхід до розрахунку економічної ефективності цього нововведення. Розрахунки виконуються за такими формулами:

$$E = \frac{T \cdot CC_{\text{баз}} \cdot aI_{\text{нос}}}{100 \cdot 100}, \quad (3.1)$$

$$T = \frac{V_n - V_{\delta}}{V_{\delta}} \cdot 100\% = \left[\frac{V_n}{V_{\delta}} - 1 \right] \cdot 100\% \quad (3.2)$$

де $CC_{\text{баз}}$ – сума витрат за кошторисом (собівартість) за базовим варіантом, тис. грн;

T – темп приросту (падіння) обсягу медичних послуг в новому варіанті в порівнянні з базовим, %;

V_H – обсяг медичних послуг за новим варіантом (пацієнтопотік);

якщо в якості базового прийнятий варіант з нормативними параметрами, то показник V_H / V_{δ} – характеризує ступінь досягнення нормативних показників використання потужності медичного закладу тощо;

V_{δ} – обсяг медичних послуг за базовим варіантом (пацієнтопотік);

$a\Pi_{\text{noc}}$ – питома вага наведених постійних витрат в кошторисі витрат (собівартості) медичних послуг за базовим варіантом, %.

З огляду на те, що зростання обсягу медичних послуг все ж викликає деяке збільшення умовно-постійних витрат, для планових розрахунків їх питома вага може бути уточнений. Для цього умовно-постійні витрати приводяться до повністю постійних за допомогою формули:

$$a\Pi_{\text{пост}} = \frac{a_{\text{nocm}} \cdot (T - Д)}{T} \quad (3.3)$$

де $a_{\text{пост}}$ – питома вага умовно-постійних витрат в кошторисі витрат собівартості медичних послуг за базовим варіантом, %;

$Д$ – темп приросту даного виду витрат у зв'язку із зростанням обсягу медичних послуг, %.

Зміна умовно-змінних витрат при різних варіантах нововведень визначається розрахунком зміни собівартості медичних послуг в результаті відповідної зміни.

Зміна загальної собівартості (суми витрат) при зміні кількості відповідних медичних послуг за рахунок змінних витрат на одного хворого можна визначити за формулою:

$$CC_X^{нов} = \left(\frac{a_{пост}}{X^{нов}} + \frac{a_{змін}}{X^{баз}} \right) \quad (3.4)$$

Зміна загальної собівартості (суми витрат) при зміні кількості медичних послуг за рахунок змінних витрат на одного хворого можна визначити за формулою:

$$\Delta CC_{змін} = CC_X^{баз} \cdot (X^{баз} - X^{нов}) \cdot a_{змін} . \quad (3.5)$$

Інше співвідношення:

$$CC_X^{баз} = \frac{CC^{баз}}{X^{баз}} , \quad (3.6)$$

де $CC_{баз}$ – загальна собівартість обсягу медичних послуг за базовим варіантом;

$\alpha_{пост}$ та $\alpha_{змін}$ – питома вага постійних і змінних витрат у загальній собівартості обсягу медичних послуг за базовим варіантом ($\alpha_{пост} + \alpha_{змін} = 1$);

$X^{нов}$ та $X^{баз}$ – кількість пролікованих хворих за планом в базовому варіанті і в новому варіанті відповідно;

$CC_X^{баз}$ та $CC_X^{нов}$ – середня собівартість лікування одного хворого за базовим варіантом та за новим варіантом;

T_n – середня нормативна тривалість лікування одного хворого.

Тому, якщо спрогнозувати, що після запровадження, запропонованих заходів пацієнтопотік КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» підвищиться в середньому на $(10+40) / 2 = 25$ %, то обраховуючи ефективність будемо використовувати дані

щодо собівартості однієї з платних послуг цього МЦ ПМСД – проведення УЗД дослідження.

$$E_{\text{впров. с\у\у}} = \frac{25 \cdot 160 \cdot 40}{100 \cdot 100} = 16\% .$$

де $T = 25$ – після запровадження, запропонованих заходів пацієнтопотік КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» підвищиться в середньому на $(10+40) / 2 = 25, \%$;

$CC_{\text{баз}} = 160$ – собівартість однієї з платних послуг цього КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» – проведення УЗД дослідження, грн;

$aP_{\text{нос}}$ – питома вага наведених постійних витрат в кошторисі витрат (собівартості) медичних послуг за базовим варіантом, %.

Отже, в результаті розрахунку економічної ефективності впровадження системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» з'ясувалося, що вона складає 16 відсотків.

Висновки до розділу 3

За результатами досліджень попередніх розділів було запропоновано до реалізації ряд заходів.

Побудовано структурну схему системи безперервного підвищення якості медичної послуги, що включає формування програми державних гарантій, систему фінансово-економічних розрахунків за виконані медичні послуги, а також систему експертизи технології лікувально-діагностичного процесу.

Встановлено, що скільки способів оплати медичної допомоги безпосередньо відбивається на формуванні загального обсягу фінансових ресурсів установи, то різні способи оплати можуть створювати різноспрямовані стимули в діяльності

установ або всередині підрозділів останнього. Це призводить до необґрунтованого перерозподілу фінансових коштів на користь одного або декількох видів медичної послуги. Ризик отримання небажаних медико-організаційних наслідків висуває особливі вимоги до правил розподілу коштів як всередині установи, так і між спадкоємними етапами медичної послуги. Тому, обґрунтовано використання методу оплати медичної послуги за моделями простих і комплексних медичних послуг, який є найбільш перспективним, для застосування в умовах обмежених фінансових ресурсів.

Для забезпечення організаційно-економічної діяльності медичних установ розроблено інтегровану систему фінансово-економічних розрахунків, що враховує всі особливості методів оплати за медичну допомогу. Система побудована як претензійно-позовна та допускає наявність п'яти джерел фінансування за виконанні медичні послуги. Дворівнева інтегрована система «Фінансово-економічних розрахунків», призначена для автоматизації організаційно-економічної діяльності медичних установ і органів управління охороною здоров'я (фондів обов'язкового медичного страхування, страхових медичних організацій).

Оцінка якості надання медичної послуги пацієнту на всіх етапах лікувально-діагностичного процесу є трудомісткою справою, що вимагає єдиного методичного підходу. Використання для цього тільки медичних технологічних стандартів, якими б вони докладними були, не дозволяє оцінити все різноманіття патологічних проявів захворювання, обумовлених такими індивідуальними особливостями пацієнта як стать, вік, наявність супутніх захворювань, непереносимість окремих лікарських засобів тощо.

Визначено необхідність використовувати обрахунок коефіцієнта, який визначає комплексну оцінку технології лікувально-діагностичного процесу, що розраховується як сума коефіцієнтів, які характеризують локальні оцінки обсягу виконаних лабораторних, інструментальних методів досліджень, консультацій та лікарських прийомів, лікувальних і діагностичних маніпуляцій та процедур, виконання «лікарського стандарту» з урахуванням обсягу та відсотка їх вживаності. При цьому важливо враховувати ступінь впливу кожного з

перерахованих факторів на досягнення прогнозованого результату захворювання шляхом введення коефіцієнтів значущості.

Для забезпечення отримання обґрунтованих оцінок виконання технології лікувально-діагностичного процесу в цілях прийняття управлінських рішень щодо його вдосконалення розроблена інтегрована автоматизована система експертизи, в основі якої лежить база даних «Моделі медичних послуг» і описаний вище алгоритм отримання комплексної оцінки технології лікувально-діагностичного процесу.

Впровадження в практику КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» суцільної автоматизованої експертизи технології лікувально-діагностичного процесу передбачає необхідність формалізації інформації в первинній обліковій документації та створення автоматизованої історії хвороби. Автоматизована обробка цих документів та зіставлення інформації, відображеної в них, з моделями простих і комплексних медичних послуг сприятимуть визначенню комплексних нормативних показників оцінки технології лікувально-діагностичного процесу.

Така експертиза дозволить зібрати статистичну інформацію на фактично виконаний обсяг роботи щодо нозології та виконавців, визначити можливі відхилення від моделей, які не впливають на результативність лікування, встановити нормативний рівень інтегрального показника якості надання медичних послуг та систематично коригувати моделі.

Велике значення має економічне обґрунтування впровадження системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг закладом охорони здоров'я, що передбачає удосконалення системи фінансово-економічних розрахунків за виконані медичні послуги через інтегровану систему «Фінансово-економічні розрахунки», а також застосування суцільної автоматизованої експертизи для забезпечення комплексного оцінювання якості надання медичної послуги. В результаті розрахунку економічної ефективності впровадження системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» з'ясувалося, що вона складає 16 відсотків.

ВИСНОВКИ

За результатами дослідження щодо удосконалення інтегрованої системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг закладом охорони здоров'я (на прикладі КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД»), було зроблено такі висновки.

Якість – це сукупність властивостей і характеристик продукції або послуги, які надають їм здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби. Виходячи з цього, управління якістю – це ступінь відповідності сукупності притаманних характеристик (відмінних властивостей) вимогам (потребам або очікуванням). Як процес, управління якістю – це діяльність з управління всіма етапами життєвого циклу продукції (послуг), а також взаємодією з зовнішнім середовищем. Управління якістю послуг багато в чому обумовлено специфікою самих послуг. Даний факт вимагає від керівництва організацій більш гнучкого підходу до вимог клієнтів і більш глибокого вивчення особливостей якості обслуговування.

Необхідно розмежувати смисловий зміст понять «медична послуга» та «медична допомога». «Медична допомога», перш за все, спрямована на задоволення потреб населення в підтримці і відновленні здоров'я, яке гарантує держава, а надання медичної допомоги має на увазі надання її безкоштовно для населення за рахунок відповідного бюджету. Тому «медична допомога» не може бути товаром і не має вартісної оцінки. Медична послуга – це вид медичної діяльності, яка надається медичними працівниками, спрямована на оздоровлення організму, відновлення його фізичного і психічного здоров'я, що має самостійне закінчене значення і вартісну оцінку. Характеристиками якості надання медичних послуг, на думку багатьох фахівців міжнародних спеціалізованих організацій, діяльність яких пов'язана зі сферою охорони здоров'я, визнано сім складових: ефективність, людиноцентризм, безпечність, продуктивність, своєчасність, справедливість, інтегрованість.

Система забезпечення якості повинна бути вбудована в основу системи охорони здоров'я, незалежно від стану медицини. Система охорони здоров'я повинна забезпечувати обмін інформацією на всіх рівнях ієрархії з метою якісної співпраці та обізнаності. Ця трансформація відносин повинна поєднуватися з новими механізмами, що дозволять уряду і лідерам системи охорони здоров'я враховувати і зміцнювати довіру громадян до медичних послуг.

Узагальнюючи аналіз основних показників діяльності КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» слід зауважити про наявність досить негативних тенденцій щодо їх розмірів та коливання. Підприємство досить складно переживає період реформування галузі охорони здоров'я в Україні. Протягом 2017–2019 років КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» стабільно зазнавало збитків, його персонал постійно скорочується, разом з тим заробітна плата працівників залишається досить низькою. Матеріально-технічна база КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» постійно зменшується. Рентабельність підприємства – скорочується.

За результатами аналізу якості надання медичної допомоги КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» з використанням обчислення коефіцієнта медичної результативності, з'ясувалося, що більше половини, а саме 69 % пацієнтів медичного закладу відчували значне поліпшення здоров'я після звернення. Близько 30 % пацієнтів все ж не отримують бажаного результату. Загальний показник якості життя пацієнтів КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» до (62,9) та після (75,51) їх лікування, що розраховувався нами на основі результатів опитування з використанням анкети MOS SF-36, покращився лише на 20 відсотків.

Ситуацію з якістю надання медичної допомоги в КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» в умовах браку матеріально-технічного та фінансового забезпечення, у непростий період реформування галузі, є досить складною і потребує вирішення без залучення додаткових значних коштів через зміну безпосередньо підходу до управління якістю послуг, удосконалення відповідної системи.

Результати SWOT-аналіз КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» засвідчили висновки попередніх досліджень.

Тому було побудовано структурну схему системи безперервного підвищення якості медичної послуги, що включає формування програми державних гарантій, систему фінансово-економічних розрахунків за виконані медичні послуги, а також систему експертизи технології лікувально-діагностичного процесу.

З метою забезпечення організаційно-економічної діяльності медичних установ розроблено інтегровану систему фінансово-економічних розрахунків, що враховує всі особливості методів оплати за медичну допомогу. Система побудована як претензійно-позовна та допускає наявність п'яти джерел фінансування за виконані медичні послуги.

Для забезпечення отримання обґрунтованих оцінок виконання технології лікувально-діагностичного процесу в цілях прийняття управлінських рішень щодо його вдосконалення розроблена інтегрована автоматизована система експертизи, в основі якої лежить база даних моделі медичних послуг, а також отримання комплексної оцінки технології лікувально-діагностичного процесу. Така експертиза дозволить зібрати статистичну інформацію на фактично виконаний обсяг роботи щодо нозології та виконавців, визначити можливі відхилення від моделей, які не впливають на результативність лікування, встановити нормативний рівень інтегрального показника якості надання медичних послуг та систематично коригувати моделі.

Велике значення має економічне обґрунтування впровадження системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг закладом охорони здоров'я, що передбачає удосконалення системи фінансово-економічних розрахунків за виконані медичні послуги через інтегровану систему «Фінансово-економічні розрахунки», а також застосування суцільної автоматизованої експертизи для забезпечення комплексного оцінювання якості надання медичної послуги. В результаті розрахунку економічної ефективності впровадження системи безперервного підвищення якості надання медичних послуг КНП «Могилів-Подільський РМЦ ПМСД» з'ясувалося, що вона складає 16 відсотків.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ

1 Основи законодавства України про охорону здоров'я / Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

2 Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року / МОЗ України; Наказ, Концепція від 01.08.2011 № 454 [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>.

3 Международный стандарт ISO-8402 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://files.stroyinf.ru/Data1/5/5812>.

4 The Legatum Prosperity Index™ / The Legatum Institute Foundation / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://li.com/reports/2020-prosperity-index>

5 Новохатняя Е. Предоставление качественных медицинских услуг — глобальное требование // Аптека online. – № 28 (1149). – 2018 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/464071>

6 Информационные бюллетени / Всемирная организация здравоохранения / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets>

7 OECD Data / Organisation for Economic Co-operation and Development / [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.oecd.org/>.

8 Окрепилов В.В. Менеджмент качества / В.В. Окрепилов. – СПб.: Наука, 2016. – 466 с.

9 Управление качеством: Учебник / С. Д. Ильенкова, Н. Д. Ильенкова, С. Ю. Ягудин и др.; Под ред. доктора экономических наук, профессора Ильенковой С. Д. – М.: ЮНИТИ. – 2017. – 429 с.

10 Иванов Е.М. Оценка качества медицинской помощи / Е.М. Иванов, Н. И. Шварева. – Владивосток: Изд. Дальневосточного ун-та, 2012. – 159с.

11 Карпова Г.Л. Маркетинговые исследования рынка медицинских услуг / Г.Л. Карпова, В.К. Скрыпкин. – СПб.: СПбГУЭФ, 2016. – 18 с.

12 Ветитнев А.М. Некоторые подходы к оценке рынка санаторно - курортных услуг / А.М. Ветитнев // Практический маркетинг. – 2015. – № 11. – С. 8–15.

13 Журавлев В.В. Формирование системы управления качеством санаторно-курортного продукта: Автореф. дис. .канд. экон. наук / В.В. Журавлев. – Сочи, 2015. – 22 с.

14 Кемалов Р.Ф. Медицинская и экономическая эффективность санаторной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда: автореф. . дис. канд. мед. наук / Р.Ф. Кемалов. – Казань, 2011. – 28 с.

15 Сайтгареева А.А. Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных нормативно-правовых актах / А.А. Сайтгареева, С.С. Бударин, О.А. Волкова // Вестник. – 2015. – №6. – С.12–23.

16 Новаторов, Э. В. Методы разработки и анализа процесса обслуживания в маркетинге услуг / Э.В. Новаторов // Маркетинг в России и за рубежом. – 2015. – №1. – С. 50–54.

17 Виноградов В.А. Эффективный брэндинг на российском рынке медицинских услуг // Ремедиум. – 2016. – С. 19 – 21.

18 Челенков А. Управление качеством сервисных продуктов [Электронный ресурс] / А. Челенков. – Режим доступа: <http://www.bma.ru>.

19 Пономаренко В.М. Стан стандартизації в охороні здоров'я України та шляхи її подальшого розвитку// Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2004. – №2. – С. 43–47.

20 Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині// Ліки України. – 2003. – №4. – С. 57–58.

21 Ярош Н. Теоретико-методологічні підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги// Вісн. НАДУ. – 2004. – №3. – С. 246.

22 Зіменковський А. Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні// Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – С. 42–45.

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

24 Блинов А.О. Имидж организации как фактор ее конкурентоспособности / А.О. Блинов, В.Я. Захаров // Менеджмент в России и за рубежом. – 2013.– №4. – С. 15–50.

25 Наказу МОЗ від 23.05.2018 № 980 «Про затвердження Положення про Управління ліцензування та контролю якості надання медичної допомоги» [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ30510>

26 Фещенко Ю. І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою / Ю. І. Фещенко, Ю. М. Мостовой, Ю. В. Бабійчук // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – № 3. – С. 9–11.

27 Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36® health profiles and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study / Ware J. E., Kosinski M., Bayliss M. S. [et al.] // Medical Care. – 1995. – Supl. 4. – P. 264–279.

28 Ware J. E. The MOS 36-item short-form survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J. E. Ware, C. D. Sherbourne // Med. Care. – 1992. – Vol. 30. – P. 473–483.

29 Миколаєць І.В. Методи державного регулювання надання медичних послуг та управління якістю / І.В. Миколаєць // Публічне управління та митне адміністрування. – 2017. - № 2 (17). - С. 17-21.

30 Шевченко В. І. Світовий досвід використання суспільних ресурсів системою охорони здоров'я: напрями підвищення ефективності /В. І. Шевченко //

Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2010. - № 2 (38). – С. 239-245.

31 Шевченко М. В. Системы здравоохранения 10 стран мира / М. В. Шевченко // Главный врач. – 2008. – декабрь. – Число 12 (92). –С. 37-41.

32 Шипко А. Модернізація функцій суб’єктів управління охороною здоров’я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі / А. Шипко // Державне управління та місцеве самоврядування : збірник наук. праць. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2009. – Вип. 3 (3). – С. 254-261.

33 Шкробанець І. Розробка моделі оцінювання наукового супроводу прийняття управлінського рішення у сфері охорони здоров’я на регіональному рівні / І. Шкробанець // Вісн. НАДУ. – 2010. - № 4. – С. 232-238.

ДОДАТКИ

Додаток Д

Анкета “Коротка форма для оцінювання здоров’я – 36”

Будь-ласка, відповідайте на кожне запитання. Деякі питання схожі між собою за формою, але відрізняються за змістом. Для кожного запитання виберіть лише одну відповідь. Якщо Ви не впевнені щодо вибору, тоді пригадайте, що найперший варіант, який Ви розглянули – найкращий.

1. Ваше здоров’я взагалі є...

- ₁ прекрасне; ₂ дуже добре; ₃ добре;
₄ задовільне; ₅ погане.

2. Як Ви загалом оцінюєте Ваше здоров’я в теперішній час порівняно з тим, що було рік тому?

- ₁ набагато краще, ніж рік тому;
₂ трохи краще, ніж рік тому;
₃ майже таке саме, як рік тому;
₄ трохи гірше, ніж рік тому;
₅ набагато гірше, ніж рік тому.

3. Наступні питання стосуються Вашої діяльності впродовж звичайного дня.

Чи Ваш стан здоров’я в цей час перешкоджає Вам виконувати певні дії впродовж звичайного дня? Якщо перешкоджає, то наскільки? (У кожній лінійці відзначте клітинку, що найкраще описує Вашу відповідь).

	так, дуже перешкоджає	так, перешкоджає помірно	ні, не перешко- джає зовсім
а) <u>енергійні дії</u> (підняти вагу, бігати, брати участь у спортивних змаганнях, тощо)..... <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
б) <u>помірна активність</u> (прибирати у квартирі, пилососити, пересувати неважкі меблі)..... <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
в) підняти або носити сумки з продуктами <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
г) піднятися на <u>декілька</u> поверхів сходами <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
д) піднятися на <u>один</u> поверх сходами <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
е) нахилитися, стати навколішки, зігнутися <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
є) пройти <u>понад один кілометр</u> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
ж) пройти <u>декілька кварталів</u> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
з) пройти <u>один квартал</u> <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃
і) самостійно митися та вдягатися..... <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃

4. Чи мали Ви якісь труднощі з виконанням своєї роботи чи іншої щоденної діяльності через Ваш фізичний стан за останні чотири тижні?

А) менше часу працювали...

- ₁ так; ₂ ні;

- Б) зробили менше, ніж хотіли...**
₁ так; ₂ ні;
- В) були обмежені в деяких діях**
₁ так; ₂ ні;
- Г) мали труднощі** під час виконання роботи (наприклад, витратили на неї більше часу)...
- ₁ так; ₂ ні.
5. Чи мали Ви за останні **чотири тижні** труднощі з роботою чи іншою щоденною діяльністю внаслідок **емоційних проблем** (пригніченість, стурбованість)?
- А) менше часу** провели за роботою...
- ₁ так; ₂ ні;
- Б) зробили менше, ніж хотіли...**
₁ так; ₂ ні;
- В) не могли працювати як звичайно...**
₁ так; ₂ ні.
6. Наскільки часто за **останні чотири тижні** Ваші проблеми із здоров'ям, емоційним станом перешкоджали Вашому соціальному спілкуванню (з сім'єю, друзями, сусідами, колективом)?
- ₁ зовсім не заважали;
₂ дещо заважали;
₃ помірно заважали;
₄ лише трохи заважали;
₅ дуже заважали.
7. Чи зазнали Ви **фізичного болю** за останні **чотири тижні** і якою мірою?
- ₁ ніякого; ₂ дуже слабкого; ₃ слабкого;
₄ помірного; ₅ сильного; ₆ дуже сильного.
8. Наскільки за **останні чотири тижні** **біль** перешкоджав Вашій нормальній роботі (включно з роботою за межами дому і роботою по дому)?
- ₁ зовсім не перешкоджав;
₂ зовсім мало перешкоджав;
₃ помірно перешкоджав;
₄ перешкоджав;
₅ надзвичайно перешкоджав.
9. Це запитання відносно того, як Ви себе почували та що відбувалося з Вами **впродовж останніх чотирьох тижнів**. Для кожного запитання, будь ласка, дайте відповідь, яка найкраще описує Ваше самопочуття протягом останніх чотирьох тижнів. Скільки часу впродовж **останніх чотирьох тижнів** Ви ...
- | | увесь час | більшість часу | часто | інколи | зрідка | ніколи |
|---|---|---|---|---|---|--|
| А) почувалися сповненим життя..... | ... <input type="checkbox"/> ₁ ... | <input type="checkbox"/> ₂ | ... <input type="checkbox"/> ₃ ... | ... <input type="checkbox"/> ₄ ... | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Б) були дуже дратівливі..... | ... <input type="checkbox"/> ₁ ... | <input type="checkbox"/> ₂ | ... <input type="checkbox"/> ₃ ... | ... <input type="checkbox"/> ₄ ... | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| В) почувалися таким пригніченим, що ні з чого не раділи | ... <input type="checkbox"/> ₁ ... | <input type="checkbox"/> ₂ | ... <input type="checkbox"/> ₃ ... | ... <input type="checkbox"/> ₄ ... | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Г) почувалися спокійним | ... <input type="checkbox"/> ₁ ... | <input type="checkbox"/> ₂ | ... <input type="checkbox"/> ₃ ... | ... <input type="checkbox"/> ₄ ... | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Д) почувалися сповненим (ною) енергії..... | ... <input type="checkbox"/> ₁ ... | <input type="checkbox"/> ₂ | ... <input type="checkbox"/> ₃ ... | ... <input type="checkbox"/> ₄ ... | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Е) почувалися засмученим (ною) і виснаженим (ною) душевно | ... <input type="checkbox"/> ₁ ... | <input type="checkbox"/> ₂ | ... <input type="checkbox"/> ₃ ... | ... <input type="checkbox"/> ₄ ... | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Є) почувалися виснаженим (ною) фізично..... | ... <input type="checkbox"/> ₁ ... | <input type="checkbox"/> ₂ | ... <input type="checkbox"/> ₃ ... | ... <input type="checkbox"/> ₄ ... | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Ж) були щасливим (вою)..... | ... <input type="checkbox"/> ₁ ... | <input type="checkbox"/> ₂ | ... <input type="checkbox"/> ₃ ... | ... <input type="checkbox"/> ₄ ... | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| З) Почувалися втомленим (ною) | ... <input type="checkbox"/> ₁ ... | <input type="checkbox"/> ₂ | ... <input type="checkbox"/> ₃ ... | ... <input type="checkbox"/> ₄ ... | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

