

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
РІВНЕНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет документальних комунікацій, менеджменту, технологій та
фізики

Кафедра менеджменту

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 073 «Менеджмент»
галузі знань 07 «Управління та адміністрування»

на тему :

**«Удосконалення управління якістю медичної допомоги»
(на прикладі КНП «Радивилівський районний центр первинної
медико-санітарної допомоги»)**

Виконала:
здобувач вищої освіти
VI курсу, групи МО
Сенчук Л.О.

Науковий керівник:
к.е.н., доцент Шимко О.В.
(Науковий ступінь, вчене звання, П.І.ПБ.)

Рецензент:
д.е.н., професор Дейнега О.В.
(Науковий ступінь, вчене звання, П.І.ПБ.)

Рівне 2020

АНОТАЦІЯ

Тема: «Удосконалення управління якістю медичної допомоги».

Кваліфікаційна робота розміщена на 97 сторінках друкованого тексту, містить 7 рисунків, 22 таблиці, перелік посилань із 57 джерел на 5 сторінках.

Ключові слова: система управління якістю медичної допомоги, стандарти на систему управління якістю, функції і методи управління якістю, критерії і індикатори якості медичної допомоги, управлінські рішення з поліпшення якості.

Об'єктом дослідження кваліфікаційної роботи є процеси управління якістю медичної допомоги в КНП «Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги».

Предметом дослідження є теоретичні, науково-методичні та практичні аспекти побудови, запровадження та оптимізування системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків.

У вступі обґрунтовано актуальність обраної теми, сформульовано мету, завдання, предмет і об'єкт дослідження, визначено наукову новизну та практичне значення одержаних результатів, відображено їх апробацію.

У першому розділі «Теоретичні основи управління якістю медичної допомоги» розглянута економічна сутність якості як економічної категорії та об'єкту управління, теоретичні основи та методичні підходи до створення систем якості, досліджено еволюційний розвиток інструментів та методів управління якістю медичної допомоги та організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні.

У другому розділі «Дослідження стану управління якістю медичної допомоги в КНП «Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» досліджено стан та особливості організації надання медичної допомоги в досліджуваному закладі охорони здоров'я, проведено аналіз визначальних чинників впливу на якість медичної допомоги.

У третьому розділі «Напрямки удосконалення управління якістю медичної допомоги в КНП «Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» запропонована модель системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, в основу якої покладається внутрішня стандартизація діяльності, обґрунтовано політику і цілі системи управління якістю, організацію моніторингу, оцінки та аналізу якості медичної допомоги за клінічними та організаційними індикаторами.

Висновки містять здобуті у роботі найбільш важливі наукові та практичні результати, які сприяли розв'язанню досліджуваної проблеми.

ANNOTATION

The topic of the given diploma paper is ‘Improving medical care quality management’.

The diploma paper is placed on 97 pages of printed text and contains 7 pictures, 22 tables, 5 pages of references from 57 sources.

Keywords: quality management system of medical care, quality management system standards, functions and methods of quality management, criteria and indicators of quality of medical care, management decisions improving quality.

The study object is the processes of quality medical care management in "Radyvyliv district center of primary healthcare".

The research scope is theoretical, scientific-methodical and practical aspects of building, implementing and optimizing the medical care quality management in a health care institution.

The diploma paper consists of an introduction, three sections and conclusion.

The introduction includes substantiating relevance of the chosen topic, formulated purpose, study subject, research scope, identified scientific novelty, practical significance of the results and their testing.

The first section "Theoretical foundations of medical care quality management" touches upon the economic essence of quality as an economic category and controlled object, theoretical foundations and methodological approaches to creating quality systems, the evolutionary development of tools and methods of medical care quality management, organizational and economic mechanism of state quality regulation of medical services in Ukraine.

In the second section "The research of medical care quality management in "Radyvyliv district center of primary healthcare" the author explores the status and medical care organization features in the studied health care institution, analyzes key factors influencing medical care quality.

In the third section "Directions improving medical care quality management in "Radyvyliv district center of primary healthcare" the author:

- proposed a model of quality management medical care system in health care institution, which is based on internal standardization of activities;
- substantiated the policy and management quality system goals, organization of monitoring, evaluation and analysis of the medical care quality according to clinical and organizational indicators.

The conclusion contains the most important scientific and practical results obtained in the work, which contributed to the solution of the researched problem.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	11
1.1. Суть якості як філософської, соціально-економічної категорії та об'єкта управління	11
1.2. Категорія якості медичної допомоги: медичні, соціальні, економічні, управлінські аспекти	24
1.3. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичної допомоги в Україні	36
Висновки до розділу 1.....	43
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КНП «РАДИВИЛІВСЬКИЙ РЦ ПМД» ..	44
2.1. Організаційно-економічна характеристика підприємства.....	44
2.2. Організація надання медичної допомоги в закладі.....	52
2.3. Аналіз визначальних чинників впливу на якість медичної допомоги в закладі охорони здоров'я	62
Висновки до розділу 2.....	76
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КНП «РАДИВИЛІВСЬКИЙ РЦ ПМД»	78
3.1. Планування системи управління якістю медичної допомоги на основі процесного підходу	78
3.2. Визначення політики і цілей системи управління якістю в закладі охорони здоров'я	87
3.3. Організація моніторингу, оцінки та аналізу якості за клінічними та організаційними індикаторами	90
Висновки до розділу 3.....	97
ВИСНОВКИ	99
СПИСОК ДЖЕРЕЛ	104
ДОДАТКИ	108

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДСТУ – Державний стандарт України

КНП – Комунальне некомерційне підприємство

КМУ – Кабінет Міністрів України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОТГ – об'єднана територіальна громада

ЦПМД – Центр первинної медико-санітарної допомоги

УКПМД – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

УОЗ – Управління охороною здоров'я

ISO – International Organization for Standardization

PEST-аналіз: P – political, E – economic, S – social, T – technological

SWOT-аналіз: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

ВСТУП

Актуальність теми. Одним із чинників, що сприяють розбудові сучасної соціально-орієнтованої держави, є створення умов для збереження та поліпшення здоров'я громадян, скорочення втрат суспільства за рахунок зниження рівня захворюваності та смертності населення, тобто, ефективна система охорони здоров'я. Відповідно до міжнародних підходів, Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні основною цільовою функцією і водночас критерієм ефективності системи охорони здоров'я визначено якість медичної допомоги, що зумовлює актуальність теми дослідження.

Наукове забезпечення управління якістю представлене в працях провідних зарубіжних (У. Демінг, Дж. Джуран, К. Ісікава, Ф. Кросбі, Г. Тагуті, А. Фейгенбаум) та вітчизняних науковців (С. М.Безродна, А.В.Вакуленко, О.Д.Костюк, В. І.Кривощоков, Н.В.Мережко, В. О.Мозолук, О.І.Момот, О. Н.Литвинова, Д. П.Лойко, В.В.Осієвська, М. І.Шаповал, Р. В.Шуляр, Н.С.Ясинська), які стали підґрунтям в аналізі якості медичної допомоги для вітчизняних теоретиків та практиків, зокрема, В. С. Бірюкова, Ю.В. Вороненко, В.В. Горачука, Т. М. Думенко, О. Л. Зюкова, Н.З. Мачуги, А.М.Морозова, М. М. Острроверхова, Ю.М. Петрашик, А. В. Степаненко та ін.

Поряд із цим, залишається нагальна потреба в подальшому розвитку науково-методичних підходів до розробки і впровадження систем управління якістю медичної допомоги, спрямованих на формування нових і підтримку та вдосконалення існуючих організаційних і медичних технологій, які дозволять забезпечувати відповідність медичної допомоги потребам пацієнта, його очікуванням і сучасному рівню медичної науки і технологій, а системи охорони здоров'я – спроможності задоволення потреб громадян в поліпшенні якості і подовженні тривалості життя, ефективній профілактиці та лікуванні захворювань, що обумовлює доцільність проведення даного дослідження, визначає його мету і завдання.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є удосконалення теоретичних і науково-методичних положень та обґрунтування практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Відповідно до окресленої мети в кваліфікаційній роботі поставлено та вирішено такі теоретичні, науково-методичні і практичні завдання:

- розкрити суть та розвинути існуючі науково-методичні підходи стосовно якості як економічної категорії та об'єкту управління;
- систематизувати методологічні підходи вітчизняних і зарубіжних авторів з питань формування систем менеджменту якості;
- узагальнити теоретичні підходи до визначення системи управління якістю медичної допомоги і її окремих складових з урахуванням специфіки діяльності закладу охорони здоров'я;
- виявити та проаналізувати визначальні чинники впливу на якість медичної допомоги на різних рівнях управління;
- провести аналіз державного регулювання якості медичної допомоги в Україні, його реалізації на галузевому і регіональному рівнях управління, а також в закладах охорони здоров'я;
- провести діагностику потенціалу медичного закладу на предмет можливості надання якісної медичної допомоги;
- проаналізувати основні механізми управління якістю в системі управління закладом охорони здоров'я;
- обґрунтувати підходи до прийняття управлінських рішень стосовно механізму удосконалення існуючої системи управління якістю в закладі охорони здоров'я згідно з визначеними рівнями управління.

Об'єктом дослідження є процеси управління якістю медичної допомоги в КНП «Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги».

Предметом дослідження є теоретичні, науково-методичні та практичні аспекти побудови, запровадження та оптимізування системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Джерелом інформації є планові і фактичні показники діяльності, статистична, фінансова, податкова звітність досліджуваного закладу охорони здоров'я, первинні інформаційні матеріали стосовно окремих операцій та процесів управління якістю в закладі, результати власних досліджень.

Методи дослідження. *Методологічною основою дослідження стали положення сучасної економічної теорії, теорії управління підприємством, загальноекономічні методи і принципи аналізу.*

Для вирішення поставлених завдань у кваліфікаційній роботі використано наступні методи:

- аналіз і синтез, історичний та логічний підходи – для вивчення теоретичних основ змісту і сутності поняття «якість», «якість медичної допомоги»;

- статистично-економічний і порівняльний аналіз – для діагностики потенціалу закладу охорони здоров'я;

- метод експертних оцінок – при дослідженні факторів, які забезпечують функціонування системи управління якістю медичної допомоги в закладі;

- графічний метод – для наочного подання статистичного матеріалу та схематичного зображення ряду теоретичних і практичних положень дослідження;

- абстрактно-логічний – для аналітичного узагальнення і формулювання висновків.

Найбільш вагомими науковими результатами, які виносяться на захист: *удосконалено:*

методику оцінки задоволеності пацієнтів/жителів громади, яка синтезує всю сукупність показників та індикаторів якості медичної послуги і дасть можливість забезпечити комплексність оцінки системи управління якістю в медичному закладі з одночасною ідентифікацією факторів, які справляють найбільший вплив на відхилення якості від стандартних параметрів;

набули подальшого розвитку науково-методологічні підходи до управління якістю медичної допомоги в частині:

- планування та аналізу якісної медичної допомоги на усіх рівнях управління закладом;
- формування документаційного забезпечення закладу охорони здоров'я, адаптованого до виконання завдань в сфері якості;
- координації лікувально-діагностичного процесу на усіх етапах медичної допомоги;
- організації інформаційної підтримки прийняття управлінських рішень з постійного поліпшення якості медичної допомоги.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для *розробки та впровадження*:

- моделі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- задукоментованої політики в сфері якості;
- моделей внутрішнього аудиту та самооцінки системи управління якістю закладу охорони здоров'я;
- моніторингу лікувально-діагностичного процесу в закладі охорони здоров'я.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Основні положення представлені в кваліфікаційній роботі були апробовані та одержали схвалення на науково-практичній конференції I International Scientific and Practical Conference «Man and environment, trends and prospects». SH SCW "NEW ROUTE" Tokyo, Japan. 2020 (додаток А).

Публікації. Шимко О. В., Сенчук Л. О. Управління якістю медичної допомоги: теоретико-методологічний та практичний аспект // Man and environment, trends and prospects. Abstracts of I International Scientific and Practical Conference. SH SCW "NEW ROUTE" Tokyo, Japan. 2020. Pp. 18-22. URL: <http://isg-conf.com.ua>.

Структура й обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел - 57 на 5 сторінках та додатків. Основний зміст викладено на 97 сторінках. Робота містить 22 таблиці, 7 рисунків.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Суть якості як філософської, соціально-економічної категорії та об'єкта управління

У ринковій економіці якість є одним з показників ефективності будь-якої діяльності, науково-технічного, економічного і соціального прогресу, найважливішим чинником підвищення рівня життя населення, економічної, соціальної та екологічної безпеки країни. З огляду на це, якість розглядається як узагальнений та об'єктивний показник:

- соціально-економічного розвитку суспільства;
- темпів зростання ефективності виробництва;
- відповідності сучасним вимогам науки і техніки;
- рівня організації виробництва;
- конкурентоутворюючого фактора;
- розвитку зовнішньоекономічних зв'язків;
- ступеня професійної підготовки та використання працівників;
- задоволення різноманітних потреб населення.

Якість – загальнофілософська категорія, що відноситься рівною мірою до суспільства в цілому, до процесів, що в ньому відбуваються, до окремих підприємств, їх продукції та послуг, до людей, які виробляють та споживають продукцію і послуги.

Концептуальні підходи до управління якістю в медичній діяльності запозичені зі сфери товарного виробництва. Ми підтримуємо думку Вороненко Ю.[12], що переосмислення хронології розвитку подій науково-технічної революції та еволюції загального менеджменту якості дасть змогу оцінити правильність вибору напрямку управління якістю медичної допомоги в умовах сучасної України і окреслити найближчу перспективу на шляху реалізації

стратегічних завдань реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я, що зумовлює наступний хід досліджень.

В історії філософії поняття якості дослідники [7, 17, 24, 25, 46, 49] виділяють декілька етапів, які вказують на його еволюцію, а також свідчать про те, що окремі з цих підходів є більш актуальними для суспільства в певні періоди його розвитку, про що свідчить табл.1.1.

Таблиця 1.1 – Історична еволюція поняття «якість»

Підхід	Автор	Формулювання визначення якості
Субстратний	Аристотель (III ст. до н.е.)	Відмінність між предметами. Диференціація за ознакою «добрий – поганий»
Інтегральний	Гегель (XIX ст.)	Насамперед якість тотожна поняттю визначеність, тобто дещо перестає бути тим, чим воно є, якщо втрачає свою якість
	Китайська версія	Ієрогліф, який визначає якість, складається з двох елементів – «рівновага» і «гроші» (якість = рівновага + гроші), отже, якість тотожна поняттю «висококласний», «дорогий»
Предметний, функціональний	Шухарт (1931 р.)	Якість має два аспекти: об'єктивні фізичні характеристики; суб'єктивна сторона: наскільки рідч «хороша»
	Джуран Дж.М. (1979 р.)	Придатність для використання (відповідність призначенню). Якість як ступінь задоволення споживача (для реалізації якості виробник повинен з'ясувати вимоги споживача і зробити свою продукцію такою, щоб вона відповідала цим вимогам)
Предметний	Ісікава К. (1950 р.)	Якість – властивість, що реально задовольняє споживачів
	Фейгенбаум А.	Якість виробу або послуги як загальна сукупність технічних, технологічних, та експлуатаційних характеристик виробу та послуги, за допомогою яких виріб або послуга будуть відповідати вимогам споживача в процесі їх експлуатації
	ГОСТ 1546779 Міжнародний стандарт ІСО 8402-86	Якість продукції – це сукупність властивостей продукції, що зумовлюють її придатність задовольняти певні потреби відповідно до її призначення
	ДСТУ ISO 9000-2001 Системи менеджменту якості	Ступінь, з яким сукупність власних характеристик виконує вимоги

Так, за *Аристотелем* якість належить до однієї з десяти категорій, що формують загальну картину реальності. У класичній філософській традиції якість розглядається як категорія, що виражає сукупність істотних ознак, особливостей і властивостей, які відрізняють один предмет або явище від інших і надають йому визначеність[7].

Гегель відкрив діалектику тотожності й відмінності, дискретності й безперервності, зв'язок якості з ідеальністю: ідеальність може бути названа якістю нескінченності [17]. Одночасно він наголошує на тому, що все існуюче є тим, що є, саме завдяки якості – безпосередньої визначеності, зміна якої є переходом у щось протилежне.

Крім філософських визначень минулих століть, на особливу увагу заслуговує еволюція цієї категорії у ХХ ст., у якому й відбулося становлення науково-загальної, техніко-економічної концепції поняття «якості».

Так, *А. Фейгенбаум* розумів якість як «загальну сукупність технічних, технологічних і експлуатаційних характеристик виробу чи послуги, безпосередньо яким виріб чи послуга будуть відповідати вимогам споживача при їх експлуатації» і стверджував, що в основі якості лежить досвід споживача, який накопичений ним при експлуатації виробу чи послуги» [49].

Дж. Джуран стверджує, що поняття має багато значень, але домінує два з них [25]:

1. Якість міститься в тих властивостях продукції, які задовольняють потреби споживачів і через це забезпечує їм задоволення від споживання.
2. Якість полягає у відсутності невідповідностей.

Е. Демінг акцентує увагу на тому, що якість повинна бути націлена на сучасні й майбутні потреби споживача [29].

Однак, науково обґрунтоване управління якістю продукції повинно базуватися на чітко визначених методичних основах, що стало поштовхом до створення загальних підходів до управління якістю. Згідно міжнародного стандарту ISO 8402:1987 «якість» розуміють як «сукупність характеристик об'єкта, що дають змогу задовольняти встановлені потреби». З часом

термінологія уточнюється і в міжнародному стандарті ISO 9000:2001 «Системи менеджменту якості» під «якістю» вже розуміють «Ступінь, з яким сукупність власних характеристик виконує вимоги» [6, 27].

Визначення категорії «якість» з точки зору потреб і вимог не випадкове, оскільки відповідає концепції «суспільного споживання», яка остаточно сформувалася в світі в середині минулого століття, а також визначає споживача товарів і послуг головною фігурою суспільства. Його вимоги, якщо вони соціально безпечні, захищаються державою і є пріоритетними для підприємства, яке виготовляє товари або надає послуги [28].

Розгляд змісту визначень «якості як економічної категорії» дає можливість виокремити декілька підходів в сучасній науці до розуміння сутності якості у відповідності з якими якість визначається:

- 1) відповідність між потребами та витратами;
- 2) відповідність між потребами та споживчими властивостями;
- 3) відповідність між потребами та вартістю;
- 4) відповідність технологічним нормам.

Змістовний аналіз категорії «якість» у поєднанні з хронологією розвитку подій науково-технічної революції і еволюції загального менеджменту, дозволяє представити складний шлях трансформації якості і управління нею через зміну провідних концепцій, заснованих на використанні наукових підходів до управління, накопиченні та узагальненні практичного досвіду товарного виробництва [38, с.25]:

На першому етапі кожний працівник сам відповідав за продукцію власного виготовлення, виконану за допомогою ручної або машинної праці. Тому цей етап отримав умовну назву «*Механічний контроль*».

Другий етап умовно припадає на період з 1900 по 1920 рік, який отримав назву «*Контроль майстра*». Суть його полягала в тому, що основна відповідальність за якість лягала на майстра (десятника). Почало розвиватися конвеєрне промислове виробництво. У цей період відбувалося активне впровадження «*системи Тейлора*», яка включала такі поняття, як верхня і нижня межа якості, поля допусків, вводила вимірювальні інструменти

(шаблони і калібри). У ній обґрунтовувалася необхідність введення незалежної посади інспектора по якості, були розроблені методи впливу на якість продукції, система штрафних санкцій за брак. На цьому етапі якість продукції визначалася як відповідність стандартам[47].

Третій етап еволюції управління якістю охопив період з 1920 по 1940 рік. Набуло розвитку масове промислове виробництво. Почали з'являтися обґрунтовані Тейлором *інспекції по якості*. Звідси і назва етапу – «*Інспекційний контроль*». Набув поширення організований 100%-ний контроль якості виробленого товару. Контроль якості переходив до рук спеціально навчених незалежних інспекторів по якості. Уперше стали застосовуватися методи статистичного контролю: контрольні карти, обґрунтовувалися вибіркові методи контролю якості продукції. Заслуги в розробці контрольних карт належать *В.Шухарту*. Якість визначалася як відповідність стандартам і стабільності процесів. Проводився контроль готової продукції.

Четвертий етап припав на 1940–1960 роки і отримав умовну назву «*Статистичний контроль*», тому що саме в цей час пройшло зміщення акцентів з контролю якості готової продукції на контроль операцій технологічного процесу її виготовлення шляхом впровадження статистичних методів контролю, започаткованих *В. Шухартом* ще у 1924 р., а в подальшому – вибіркових методів статистичного контролю, запропонованих *Г. Доджем* і *Г. Ромінгом*. Розроблені в США статистичні методи, які не отримали широкого визнання, стали активно використовуватися на японських підприємствах. Більше того, після зведення проблеми якості в ранг національної програми за особистої участі *К.Ісікави*, вивченням статистичних методів почали займатися в Японії зі шкільної лави. На підприємствах їх вивчали в гуртках якості. Якість продукції, процесів, діяльності визначалася як відповідність ринковим вимогам.

В рамках наведеної концепції підвищення якості виробництва супроводжувалося зростанням затрат на її забезпечення, тобто виникненням суперечності між цілями підвищення ефективності та якості продукції.

П'ятий етап охопив період з 1960 по 1980 рік і отримав умовну назву «*Забезпечення якості*». Концепція базувалася на обґрунтуванні переходу від

контролю якості до побудови системи управління нею. Ідея стратегічного управління якістю належить Дж. Джурану, який у 1951 р. запропонував три його аспекти: планування якості (вибір цільового ринку, визначення його потреб, розробка продукту, який відповідає потребам ринку), управління якістю (реалізація виробничого процесу, перевірка відповідності характеристик продукту на стадії його виготовлення запланованим), поліпшення якості (оптимізація розробленого виробничого процесу і продукту). Особливу роль у забезпеченні якості продукції вони надавали саме вищому керівництву фірми. Е. Демінгом були сформульовані 14 принципів, які лягли в основу реформування системи менеджменту виробництва в Японії.

Е. Демінг запропонував цикл безперервних технологічних змін на основі статистичного контролю якості, постійного поліпшення конструкції продукту, вдосконаленні характеру послуг, введенні нових продуктів і функцій, а також нових технологій. Цикл Демінга здійснив переворот у підходах до забезпечення якості продукції від її відповідності шаблонам, нормам, специфікаціям до безперервного і нескінченного процесу поліпшення в рамках системи управління якістю [24].

Складовими циклу Демінга (PDCA) є чотири динамічні компоненти: *P* – плануй цілі і процеси, необхідні для задоволення потреб зацікавлених у якості сторін; *Do* – впроваджуй процеси; *Chek* – здійснюй моніторинг і вимірювання процесів та їх результатів відносно встановлених політик і цілей та реєструй результати; *Act* – виконуй дії по безперервному поліпшенню характеристик процесу.

Японці вважають, що цикл Демінга насамперед спрямований на боротьбу з трьома головними «ворогами»: втратами, невідповідностями і нерациональними діями.

У цей період американським фахівцем з якості *А.Фейгенбаумом* була розроблена ідея комплексного керування якістю, яка передбачала урахування всіх факторів, що впливають на якість та керування якістю на всіх етапах виробництва і між усіма підрозділами компанії. У цей час набула поширення концепція «*систем забезпечення якості*», яка забезпечувала вже не тільки

проектування і виготовлення якісної продукції, а й якість усієї діяльності фірми. В Японії була створена власна система якості, яка отримала назву «Керування якістю в рамках фірми» (Company Wide Quality Control).

Філософія якості і методи її забезпечення, розроблені цими вченими, пізніше стали основою теорії *Загального управління якістю* (англ. – *Total Quality Management*).

На шостому етапі, який можна назвати «Загальне управління якістю», відбувається активне поширення *принципів TQM*, орієнтованих на постійне поліпшення якості, мінімізацію виробничих витрат і своєчасність постачання. Концепція обумовлює управління продукцією на всіх стадіях її життєвого циклу, актуалізує економічні аспекти якості.

В основу ідеології всебічного менеджменту якості покладені вісім принципів:

1. *Орієнтація на замовника.* Організації залежать від своїх замовників та інших зацікавлених сторін, тому мають розуміти і усвідомлювати усі поточні й майбутні їх потреби, виконувати вимоги та прагнути до перевищення їх очікувань, доводити ці потреби і очікування до усього персоналу, вимірювати задоволеність замовників і керувати взаємодією з ними.

2. *Лідерство.* Керівники встановлюють єдність призначення та напрямів діяльності організації. Їм треба створювати та підтримувати таке внутрішнє середовище, в якому працівники можуть бути цілком залучені до досягнення цілей, поставлених перед організацією.

3. *Залучення працівників.* Працівники на всіх рівнях становлять основу організації, і їх цілковите залучення дає змогу використовувати їх здібності на користь організації.

4. *Процесний підхід.* Бажаного результату досягають ефективніше, якщо діяльністю та пов'язаними з нею ресурсами керують як процесом.

5. *Системний підхід до управління.* Визначання й розуміння взаємопов'язаних процесів та управління ними як системою сприяє організації результативно та ефективно досягати цілей. Дотримання принципу потребує:

- встановлення і розробки системи процесів, що забезпечують досягнення заданих цілей;
- розуміння взаємозалежності процесів у системі;
- постійного поліпшення системи процесів через виміри та оцінку;
- визначення перш за все можливостей ресурсів, а потім прийняття рішень про дії.

6. *Постійне поліпшення.* Постійне поліпшення загальних показників діяльності організації слід вважати незмінною ціллю організації. Принцип вимагає формування потреби у кожного співробітника у постійному поліпшенні продукції (послуги), системи, процесів; періодичної оцінки відповідності встановленим критеріям досконалості для визначення сфери потенційного поліпшення; постійного підвищення ефективності усіх процесів, навчання кожного співробітника методам і засобам постійного поліпшення (на прикладі циклу Демінга).

7. *Прийняття рішень на підставі фактів.* Ефективні рішення приймають на підставі результатів аналізу даних та інформації. Використання наведеного принципу потребує: вимірювання і збору даних та інформації, що стосуються завдання; забезпечення їх достовірності і точності; використання відповідних статистичних методів; прийняття рішень і виконання дій на основі балансу результатів аналізу фактів, досвіду та інтуїції.

8. *Взаємовигідні стосунки з постачальниками.* Організація та її постачальники (партнери) є взаємозалежними, а взаємовигідні стосунки, обмін інформацією та сумісна робота підвищують спроможність обох сторін створювати цінності, забезпечують чітке розуміння запитів споживача [31-32].

У 90-і роки положення всебічного менеджменту якості поєднуються із стандартами ISO серії 14000, які встановлюють вимоги до систем менеджменту якості з точки зору захисту навколишнього середовища і безпеки продукції.

➤ *На сьомому етапі, названому як «Інтегровані системи»,* відбувається подальше удосконалення міжнародних стандартів, посилення впливу суспільства на розвиток виробничих процесів і охорону навколишнього середовища. В рамках цієї фази домінуючу роль відіграють уже не високі

виробничі технології, а високі гуманітарні технології, де переважатимуть соціально-психологічні аспекти діяльності.

Для графічної ілюстрації основних етапів розвитку систем якості за такими характеристиками як: система мотивації якісної роботи, система навчання й підготовки персоналу, система взаємин із постачальниками, система взаємин зі споживачами, документація системи, використовують «Зірку якості».

Управління якістю здійснюється в рамках системи управління якістю, поширені системи управління якістю відображені в табл.1.2.

Таблиця 1.2 - Поширені світові системи управління якістю

	Система управління якістю	Стисла характеристика
1	Концепція загального управління якістю - TQC	документована система якості, що установлює відповідальність і повноваження, а також взаємодію в області якості всього керівництва підприємства, а не тільки фахівців служб якості.
2	Система TQM	орієнтована на постійне поліпшення якості, мінімізацію виробничих витрат і постачання точно в термін, базується на принципі — поліпшенню немає межі
3	Концепція Джозефа Джурана - "AQL-щорічне поліпшення якості"	просторова модель, що визначає стадії безперервного розвитку робіт по управлінню якістю - "спіраль Джурана". Мета - отримання високих конкурентоздатних і довгострокових результатів.
4	Концепція Тагутті - метод QFD- "розгортання функції якості".	підвищення якості продукції (послуги) з одночасним зниженням його вартості.

Становлення сучасної системи управління якістю продукції на вітчизняних підприємствах пройшло низку послідовних етапів - починаючи від системи бездефектного виготовлення продукції (БВП) і закінчуючи системою комплексного (загального) управління якістю (TQM) [36, с. 57], про що свідчать дані табл. 1.3.

Таблиця 1.3 - Характеристика вітчизняних систем управління якістю[8, 50]

Назва системи	Основна суть системи	Критерії управління	Об'єкт управління	Область застосування
1. Саратовська система бездефектного виготовлення продукції (БВП, 1955 р.).	Суворе виконання технологічних операцій.	Відповідність рівня якості вимогам НТД; максимальний процент здачі продукції з першого пред'явлення.	Якість праці як окремого виконавця, так і колектив у через якість окремих виконавців	Виробництво
Львівська система бездефектної праці (СБП, 1961р)	Високий рівень якості виконання операцій усіма робітниками.	Відповідність рівня якості праці встановленим вимогам; визначення коефіцієнта якості праці.	Якість праці індивідуального виконавця та колективу через якість праці окремих виконавців.	Будь-яка стадія життєвого циклу продукції.
Горьківська система «Якість, надійність, ресурс з перших виробів» (КАНАРСПИ, 1958 р.)	Високий рівень конструкції та технологічної підготовки виробництва.	Відповідність рівня якості нових промислових виробів установленим вимогам	Якість виробу та якість праці колективу.	Проектування, технологічна підготовка виробництва, виробництво.
Ярославська система наукової організації праці з підвищення моторесурсу (НОРМ, 1964 р.).	Підвищення технічного рівня та якості виробу.	Відповідність досягнутого рівня моторесурсу запланованому за ступеневого планування.	Якість виробу та якість праці колективу.	Увесь життєвий цикл продукції.
Комплексна система управління якістю продукції (КСУЯП, 1975 р.)	Управління якістю на базі стандартизації.	Відповідність рівня якості продукції найкращим досягненням науки й техніки.	Якість виробу та якість праці колективу.	Увесь життєвий цикл продукції.

Система управління якістю – це сукупність керуючих органів і об'єктів керування, взаємодіючих за допомогою матеріально-технічних і інформаційних засобів у процесі управління якістю продукції/послуги.

Управління містить у собі три елементи: *суб'єкт управління, об'єкт управління і механізм управління*. У ролі суб'єкта виступатиме персонал підприємства. Об'єктом управління є виробничий процес/процес надання послуг.

Менеджмент якості включає розробку політики та цілей в області якості, планування якості, управління якістю, забезпечення й поліпшення якості.

Політика у сфері якості – загальні наміри та спрямованість організації, пов'язані з якістю, офіційно сформульовані найвищим керівництвом, до якого належать особа чи група осіб, які спрямовують та контролюють діяльність організації на найвищому рівні.

Цілі в сфері якості – цілі, які визначаються в організації або до яких прагнуть в області якості. Цілі в області якості звичайно встановлюються для відповідних функцій і рівнів організації.

Планування якості – частина менеджменту якості, спрямована на встановлення цілей в області якості, яка визначає необхідні операційні процеси життєвого циклу продукції і відповідні ресурси для досягнення цілей в області якості.

Управління (оперативне) якістю – методи і види діяльності оперативного характеру, які використовуються для виконання вимог щодо якості.

Забезпечення якості – частина менеджменту якості, спрямована на створення впевненості, що вимоги до якості будуть виконані.

Поліпшення якості – частина менеджменту якості, спрямована на збільшення здатності виконати вимоги до якості.

У менеджменті якості реалізована спроба створення універсальної моделі управління якістю на підприємстві на основі міжнародної стандартизації. В процесі побудови системи менеджменту якості на підприємствах використовуються міжнародні стандарти ISO 9000. Їх було розроблено Міжнародною організацією зі стандартизації (ISO) з метою створення єдиних вимог до процесів управління якістю та формування на базі цих вимог систем якості в будь-яких організаціях[27].

Основними цілями випуску стандартів ISO серії 9000 є:

- установлення взаєморозуміння й довіри між постачальниками та споживачами продукції з різних країн світу під час укладання контракту;
- досягнення взаємного визнання сертифікатів на системи якості, котрі видаються акредитованими органами із сертифікації з різних країн світу на

основі використання ними єдиних підходів та єдиних стандартів під час проведення сертифікаційних перевірок (аудитів);

- сприяння та методична допомога організаціям різних масштабів та із різних сфер діяльності у створенні ефективних систем якості. Стандарти ISO серії 9000 мають вимоги загального характеру. Це організаційні стандарти, орієнтовані на вирішення управлінських завдань. Саме це сприяє їх активному використанню підприємствами різних сфер бізнесу майже в усіх країнах світу.

Серія стандартів ISO 9000 версії 1994 року (прийняті в Україні в 1995 році як національні) включала в себе три стандарти, які описують три системи якості:

ISO 9001:1994. Системи якості. Модель при проектуванні, розробці, виробництві та обслуговуванні.

ISO 9002:1994. Системи якості. Модель при виробництві, монтажі та обслуговуванні.

ISO 9003:1994. Системи якості. Модель при кінцевому контролі й випробуваннях.

Вимоги стандарту ISO 9001 регламентували всю діяльність підприємства. Ринковою пропозицією таких підприємств є товари та послуги розроблені ними ж самими. Таке підприємство здійснює технічне обслуговування та ремонт виготовленої продукції.

Модель побудови системи якості по стандарту ISO 9002 характерна для підприємств, що не займаються проектуванням. Ринковою пропозицією таких підприємств є товари, придбані для реалізації; стандартна продукція і послуги; продукція та послуги виконані під замовлення з наданням проекту.

Модель побудови системи якості по стандарту ISO 9003 охоплювала мінімальну кількість процесів, які безпосередньо впливають на якість кінцевого продукту. Цей підхід відображає існування поглядів на перевірку якості продукту, характерних для ранніх етапів розвитку менеджменту якості.

Третя версія стандартів ISO 9000:2000 були видані вже як національні стандарти:

ДСТУ ISO 9000:2001. Системи керування якістю. Основні положення та словник

ДСТУ ISO 9001:2001. Системи керування якістю. Вимоги

ДСТУ ISO 9004:2001. Системи керування якістю. Настанови щодо поліпшення діяльності

ДСТУ ISO 19011:2003. Настанови щодо здійснення аудитів систем керування якістю і (або) екологічного керування

Серія стандартів ISO 9000 версії 2000 року встановлювала вимоги до системи менеджменту якості в тих випадках, коли організація:

а) бажає продемонструвати свою здатність незмінно поставляти продукт, що відповідає вимогам споживачів і чинним регламентованим вимогам;

б) націлена на підвищення задоволеності споживачів за рахунок ефективного застосування системи.

П'ята версія стандартів ISO 9000:2015 та ISO 9001:2015 передбачає застосування ризик-орієнтованого мислення.

Ключовими аспектами ISO 9001:2015 є: процесний підхід, управління знаннями, ризик-менеджмент, бізнес-планування, управління змінами, залучення персоналу, управління задокументованою інформацією[6].

Відповідно до вимог ISO 9001 для створення системи управління якістю організація повинна:

- визначити процеси, потрібні для системи управління якістю, та їх застосування в межах організації;
- визначити необхідні входи цих процесів і очікувані від них виходи;
- визначити послідовність і взаємодію цих процесів;
- визначити та застосовувати критерії та методи (зокрема, моніторинг, вимірювання та відповідні показники дієвості), потрібні для забезпечення результативності функціонування та контролювання цих процесів;
- визначити ресурси, потрібні для цих процесів, і забезпечувати їх наявність;
- призначити осіб з відповідальністю та повноваженнями щодо цих процесів;
- розглядати ризики та можливості;

- оцінювати ці процеси та запроваджувати будь-які зміни, потрібні для забезпечення того, щоб ці процеси досягали своїх передбачених результатів;
- поліпшувати процеси та систему управління якістю.

Вимоги стандарту ISO 9001 носять загальний характер і не передбачають забезпечення однаковості структури систем управління якістю або однаковість документації та не містить вимог до інших систем менеджменту (екологічний менеджмент, техніка безпеки й охорона праці, фінансовий менеджмент), але дозволяє організації інтегрувати свою систему менеджменту якості з відповідними вимогами загальної системи менеджменту.

Розвитком вимог ISO 9001 є стандарт ISO 9004, що не призначений для цілей сертифікації, а рекомендуються як керівництво для організацій, які бажають перевищити вимоги ISO 9001 з метою вдосконалення та досягнення сталого розвитку: концепція ISO 9001 спрямована на досягнення поставлених цілей, а виконання положень ISO 9004 дозволяє досягати поставлені цілі з більшою ефективністю.

1.2. Категорія якості медичної допомоги: медичні, соціальні, економічні, управлінські аспекти

У системі охорони здоров'я поняття якості займає особливе місце оскільки якість надання медичної допомоги, її доступність і безпека є одними з основних критеріїв ефективності сучасної охорони здоров'я[47].

Розглядаючи питання якості надання медичної допомоги, зазначимо що, згідно Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» медична допомога виступає як 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[1].

Якість медичної допомоги дослідники вважають неоднозначним, багатогранним і комплексним поняттям, значно складнішим, як якість товару, і включає три виміри:

1. Якість з точки зору пацієнта – чого саме очікує пацієнт від даної послуги (оцінюють пацієнт, члени сім'ї, опікуни)

2. Якість професійна – чи задовольняє послуга потреби споживача (якість оцінює практикуючий лікар чи адміністрація лікарні на основі стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів, нормативів надання медичної допомоги, методичних рекомендацій)

3. Якість управління – передбачає найбільш ефективне і продуктивне використання лімітованих ресурсів[33].

Історичні аспекти управління якістю медичної допомоги, започатковані правилами поведінки лікаря в канонах древньої Індії, Китаю, Персії, «Клятвою Гіппократа», продовжувались Женевською декларацією 1948 р., присвяченою етико-деонтологічним принципам (стандартам) у медичній діяльності. Стандартизація медичної допомоги, як провідний принцип якості, вперше висвітлена в праці А. Флекснера «Рух до підвищення медичних стандартів» (1910), а також в опублікованих незабаром Американським хірургічним коледжем «Мінімальних стандартах для лікарень»(1917). У 50–60-х роках ХХ ст. акцент на забезпеченні якості медичної допомоги зміщено на контроль якості, а з 70-х років ХХ ст. розпочато розробку технологічного підходу до управління якістю на основі діагностично пов'язаних груп, що дало змогу стандартизувати процес надання медичної допомоги[12].

З огляду на різноманіття підходів до розуміння сутності якості медичної допомоги доцільно розділити на три групи[44]:

- 1) наукові;
- 2) офіційно-юридичні;
- 3) міжнародні.

Системне бачення якості медичної допомоги вперше висвітлив А. Donabedian. За А. Donabedian (1968), складовими якості медичної допомоги є:

- ✓ результативність (співвідношення досягнутого результату і максимально можливого, заснованого на наукових даних);
- ✓ ефективність (економічність, найбільш раціональне використання ресурсів, найменша вартість без зниження результативності);

- ✓ оптимальність (оптимальне співвідношення витрат і отриманих результатів в поліпшенні здоров'я);
- ✓ сприйнятливість (відповідність наданої допомоги очікуванням, побажанням, надіям пацієнтів і їх родичів);
- ✓ законність (відповідність соціальним пріоритетам, вираженим в етичних принципах, законах, нормах, правилах);
- ✓ справедливість (доступність для різних верств населення) [56].

Vuory X. V. (1982) виокремив наступні характеристики якості медичної допомоги:

- ✓ ефективність (співвідношення між фактичним і максимальним впливом медичного обслуговування на стан здоров'я, який вона може здійснити в ідеальних умовах);
- ✓ економічність (співвідношення між фактичним впливом медичного обслуговування і його вартістю);
- ✓ адекватність (відповідність фактичного обслуговування потребам населення);
- ✓ науково-технічний рівень (рівень застосування сучасних медичних знань і технологій) [57].

Друга група визначень якості медичної допомоги (офіційно-юридичні) може бути репрезентована на рівні Міністерства охорони здоров'я України. Згідно з наказом МОЗ «Про порядок контролю якості медичної допомоги» якість медичної допомоги визначена як «надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я» [5] .

Третя група – міжнародна – є важливою у контексті інтеграційних процесів, які характерні для України. З огляду на це, конструктивною видається позиція міжнародних організацій, авторитетних у сфері охорони здоров'я.

Так, *Міжнародні експерти ВООЗ* розглядають якість медичної допомоги як рівень досягнення системами охорони здоров'я суттєвих цілей у поліпшенні здоров'я і відповідності справедливим очікуванням населення, а основними її

критеріями вважають ефективну і своєчасну медичну допомогу, ефективне використання ресурсів, задоволення потреб пацієнтів і результативність лікування. Якість медичної допомоги – це багатомірне поняття, що складається з багатьох компонентів, зокрема:

- **безпека** – безпека для життя, відповідність соціальним пріоритетам, вираженим в етичних принципах, законах, нормах, правилах, надання медичної допомоги, яка мінімізує ризики та шкоду для користувачів послуг, включаючи уникнення запобіжних травм та зменшення медичних помилок;

- **результативність** – співвідношення досягнутого результату і максимально можливого, заснованого на наукових даних, надання послуг на підставі наукових знань та доказів;

- **своєчасність/оптимальність** – оптимальне співвідношення часу, витрат і отриманих результатів у поліпшенні здоров'я, скорочення затримок у наданні чи отриманні медичної допомоги;

- **ефективність/економічність** – найбільш раціональне використання ресурсів, найменша вартість без зниження результативності, надання медичної допомоги таким чином, щоб максимально використовувати ресурси та уникати відходів;

- **справедливість/рівноправність** – доступність для різних верств населення, надання медичної допомоги не повинно відрізнятися за якістю особам з особистими характеристиками, такими, як стать, раса, етнічна приналежність, географічне положення чи соціально-економічний статус;

- **пацієнт-орієнтованість** – відповідність наданої допомоги очікуванням, побажанням, надіям пацієнтів та їхніх родичів; надання допомоги, яка враховує вподобання та прагнення окремих користувач [47].

Експерти Світового банку вважають, що важливими характеристиками якості медичної допомоги є оперативність її надання, застосування технологій лікування, заснованих на принципах доказової медицини, і ефективність, наголошуючи на необхідності відповідного розвитку інфраструктури систем охорони здоров'я, оснащення медичних закладів необхідними матеріалами і персоналом, способу застосування медичними працівниками сучасних знань

для діагностики, лікування, профілактики, особливостей спілкування лікаря і пацієнта, які обумовлюють дотримання або ігнорування рекомендацій лікаря, а отже, результативність лікування [54].

В рамках реалізованого проекту Європейського Союзу «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007-2009 рр.) якість медичної допомоги визначалась за шістьма вимірами, запропонованими Інститутом медицини Сполучених Штатів Америки (США) у 2001 р.:

- *клінічна ефективність*, тобто надання медичної допомоги на основі доказових медичних технологій, що дозволяє поліпшити результати охорони здоров'я для окремих осіб та громад, виходячи з їх потреб;
- *економічна ефективність*, тобто, медичне обслуговування з максимально раціональним використанням ресурсів та уникненням зайвих витрат;
- *доступність медичної допомоги*, яка є своєчасною, географічно обґрунтованою, наданою в умовах, коли навички та ресурси відповідають потребам у медичній допомозі;
- *орієнтованість на пацієнта*, тобто, надання медичної допомоги, яка враховує переваги та прагнення індивідуальних користувачів послуг та культур їхніх спільнот;
- *справедливість медичної допомоги*, яка не відрізняється за якістю через особисті характеристики, такі як стать, раса, етнічна належність, географічне місцезнаходження або соціально-економічний статус;
- *безпека медичної допомоги*, яка мінімізує ризики та шкоди для користувачів послуг[16].

З огляду на вищезначене, якісна медична допомога, по суті, має забезпечувати певну ступінь досягнення конкретних, відповідних потребам у здоров'ї населення, результатів, зокрема, через найбільш економне, раціональне, тобто ефективне використання ресурсів надавачами медичної допомоги.

Доцільно під якістю медичної допомоги розуміти зіставлення очікувань пацієнта та медичного працівника з реально отриманими результатами лікування, в основі чого лежить урахування матеріально-технічного оснащення

лікувально-профілактичної установи, кваліфікація медичного персоналу та стан здоров'я пацієнта.

Аналіз результатів досліджень, викладених у науковій літературі, засвідчив, що, незважаючи на певні досягнення світових систем охорони здоров'я в задоволенні населення медичною допомогою, навіть в розвинених країнах світу її якість залишається відмінною від очікуваної при одночасному зростанні затрат на медичне обслуговування більш високими темпами у порівнянні з національним доходом. Зростання обсягів затрат обумовлено як зростанням хронічної захворюваності внаслідок постаріння населення і вимог пацієнтів до якості медичного обслуговування, так і недотриманням лікарями стандартів медичної допомоги, перенасиченням ринку лікарськими засобами, некерованою та агресивною рекламою ліків, розвитком новітніх дороговартісних технологій при нераціональному і невмілому їх застосуванні, нецільовими витратами – від 20 до 40% – коштів охорони здоров'я, неефективним управлінням людськими і технічними ресурсами [54].

Отже, проблеми низької якості і ефективності є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я, а основними причинами їх науковці визнають недоліки в системі управління якістю, а не в діях окремих постачальників медичних послуг та виробів медичного призначення [16], що зумовлює актуальність розгляду основних моделей управління якістю медичної допомоги та їх реалізації в світових системах охорони здоров'я.

Першою концептуальною моделлю управління якістю медичної допомоги вважається трьохкомпонентна модель А. Donabedian, яка включає: якість структури, якість процесу і результату [56].

Структурний компонент якості означає врахування усіх ресурсних складових в процесі медичної допомоги. Інструментами його реалізації є ліцензування і акредитація медичного закладу, атестація спеціалістів.

Забезпечення якості на основі процесного підходу здійснюється методами внутрішньої (персоналом) і зовнішньої (представники структур поза межами медичної організації, що надає послуги) оцінки з використанням результатів експертної оцінки історій хвороб та статистичних даних.

Врахування результатів медичного обслуговування відповідає основній меті діяльності системи охорони здоров'я – вилікувати хворого, відновити нормальний функціональний стан організму, зменшити біль і страждання, знизити смертність і захворюваність населення.

Забезпечення якості на основі процесного підходу, на думку А. Donabedian, належить здійснювати методами внутрішньої (персоналом) і зовнішньої (представники структур поза межами медичної організації, що надає послуги) оцінки з використанням результатів експертної оцінки історій хвороб та статистичних даних[56].

Підходи А. Donabedian до забезпечення якості медичної допомоги тривалий час використовувались в охороні здоров'я як базові, однак, згодом були переглянуті, оскільки не відображали динамічність категорії якості і необхідність її орієнтації на постійне поліпшення.

В подальшому виділили професійну, бюрократичну (технократичну) та індустріальну (ринкову) моделі управління якістю медичної допомоги, які поступово змінювали одна одну, залишаючись в тісному поєднанні [12].

Професійна модель склалась традиційно як модель управління якістю стаціонарної допомоги, де її критерієм виступав індивідуальний професійний рівень лікаря. Обсяги і характер медичних втручань визначались лікарем на основі його знань, досвіду та інтуїції. В рамках цієї моделі правильність проведеного лікування визначалась поглядами численних наукових шкіл або медичними авторитетами, які часто кардинально розходились, а якість медичної допомоги оцінювалась шляхом виключно професійної експертної оцінки, що ускладнювало управлінський контроль якості. Це стало підставою для розробки на міжнародному рівні стандартів і протоколів ведення хворих і дало поштовх запровадженню бюрократичної моделі управління якістю у 90-х роках минулого століття.

Бюрократична (технократна) модель заснована на стандартизації обсягів та результатів медичної допомоги і передбачає інспекційний контроль якості незалежними експертами. В рамках цієї моделі широко застосовується аудит та статистичний аналіз для оцінки якості закінцевими результатами діяльності,

передбачено пряме втручання держави в діяльність системи охорони здоров'я. Дана модель лягла в основу стандартів ліцензування медичних закладів.

Концепція *індустріальної моделі управління* якістю базується на положеннях циклу У. Е. Демінга, сутністю якого є безперервне підвищення якості на основі процесного підходу і залучення до управління якістю усього персоналу з використанням самоконтролю ключових етапів лікувально-діагностичного процесу (клінічний менеджмент, клінічний аудит, самоконтроль ключових етапів процесу). Досягнення найкращого результату потребує концентрації уваги не на перевірці індивідуального виконання медичним персоналом певних процесів, а на управлінні сукупністю процесів, виявленні відхилень та аналізі їх причин[54].

У світовому вимірі організаційні моделі управління якістю медичної допомоги представлені моделлю управління якістю, викладеною в міжнародних стандартах ISO серії 9000 на системи управління якістю, моделями ділової (організаційної) досконалості, а також акредитацією.

Значний вплив на удосконалення світової стандартизації здійснила концепція «доказової медицини», основна ідея якої полягає у застосуванні лише тих методів діагностики, лікування, профілактики, результативність яких доведена під час клінічних досліджень високого гатунку. Одним з головних методичних принципів у світовій практиці створення стандартів медичної допомоги на основі доказової медицини є використання клінічних настанов (рекомендацій).

Розробка клінічних настанов проводиться у провідних наукових центрах, таких як Міжнародна мережа з питань розробки та впровадження клінічних настанов, SIGN (Шотландська Міжколегіальна Мережа Розробників Клінічних Рекомендацій), NICE (Національний Інститут Здоров'я і клінічної досконалості), Національна база даних існуючих клінічних рекомендацій США, і адаптується в країнах, які не мають власних центрів з їх розробки.

До нормативно-технічних документів, призначених безпосередньо для лікарів, середнього медичного персоналу та організаторів охорони здоров'я, належать протоколи медичної допомоги (уніфікований, локальний та клінічний

маршрут пацієнта як частина останнього), які регламентують організацію медичної допомоги і забезпечення виконання її стандарту при веденні конкретного пацієнта.

Моделі ділової (організаційної) досконалості покладені в основу світових премій з якості: американської «Національної премії з якості М.Болдріджа» (1987 р.) [42], «Європейської премії з якості» (1991 р.). Премії присуджуються на основі бальної самооцінки будь-якої організації за універсальними критеріями моделей досконалості, затвердженими на національному рівні. Моделі ділової досконалості успішно використовуються в сфері охорони здоров'я ряду європейських країн, зокрема, в Бельгії, Угорщині, Італії, Фінляндії, Люксембурзі, Іспанії. Їх критерії адаптовані до медичної практики і містять організаційні, клінічні характеристики, а також дані про задоволеність пацієнтів отриманою медичною допомогою, а медичного персоналу – професійною діяльністю.

Проведення акредитації медичної установи – фактично процедура перевірки умов надання медичної допомоги, умов праці медичного персоналу, безпеки закладу по відношенню до пацієнтів і співробітників, а також відповідності персоналу професійним вимогам. В основу критеріїв акредитації закладаються також стандарти надання медичної допомоги, а застосування переважно економічних їх характеристик здійснюється в бюджетних або страхових моделях систем охорони здоров'я.

На даний час система управління якістю в сфері охорони здоров'я України представлена: ліцензуванням, сертифікацією/атестацією, акредитацією, стандартизацією та контролем якості.

В управлінні якістю медичної допомоги стандартизація визнана ключовим інструментом. Стандарти покладено в основу ліцензування медичної практики, медичної освіти і, як вище зазначалося, лікувально-діагностичного процесу.

Стандартизація у галузі охорони здоров'я України – це діяльність, спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядкованості в галузі

шляхом розробки і встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я.

Згідно Концепції об'єктами стандартизації в охороні здоров'я повинні стати всі складові медичного обслуговування: організаційні технології; медичні та фармацевтичні послуги; технології виконання медичних та фармацевтичних послуг; технічне забезпечення виконання медичних та фармацевтичних послуг; кваліфікація медичного, фармацевтичного та іншого персоналу; економічні аспекти охорони здоров'я; створення, випробування, виробництво, реалізація та застосування лікарських засобів та виробів медичного призначення відповідно до світових стандартів якості та практик; формуляри лікарських засобів трьох рівнів (державного, регіонального та локального); обліково-звітна документація, що використовується в системі охорони здоров'я, інформаційні технології та ін. [3]

Головною організацією у сфері розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, проектів нормативних актів щодо медичного, у тому числі фармацевтичного обслуговування та фармаконагляду в Україні, визначене Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України». Особливостями даної системи стандартизації є:

- система представлена трьома новими типами документів: клінічні настанови, медичні стандарти та клінічні протоколи;
- клінічні протоколи медичної допомоги та медичні стандарти розробляються на принципах доказової медицини;
- медико-технологічні документи розроблені не за медичною спеціальністю, а за темою (Артеріальна гіпертензія, Ішемічний інсульт та інші);
- медико-технологічні документи розробляються мультидисциплінарними групами;

- розроблені документи мають строк наступного перегляду, проходять етап публічного обговорення (впродовж одного місяця знаходяться на сайті МОЗ України) [2].

В Україні створено базу стандартів медичної допомоги у формі клінічних протоколів практично за всіма медичними спеціальностями, відповідно до захворювання, синдрому чи стану пацієнта. Для адаптації нормативно-технологічних документів на рівні закладу охорони здоров'я розроблено «Уніфіковану методику розробки клінічних рекомендацій, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів», для стандартизації медикаментозного забезпечення розроблено і впроваджено в медичну практику три випуски Державного формуляру лікарських засобів, для оцінки (експертизи) якості – «Уніфіковану методику розробки індикаторів якості медичної допомоги» [1].

При цьому необхідно відмітити, що затверджені нормативи в системі управління якістю не працюють сповна, оскільки не мають індикаторів якості та не проводиться їх моніторинг.

Щодо ліцензування діяльності закладів охорони здоров'я, то в європейських країнах, на відміну від України, ліцензуванню підлягає не господарча, а медична практика, тобто ліцензію отримують спеціалісти, а не заклад охорони здоров'я, що підвищує рівень відповідальності фахівців за професійну діяльність і мотивує до постійного і безперервного вдосконалення і накопичення знань і досвіду.

Зміст процедури ліцензування медичної практики як господарчої діяльності в Україні полягає лише в розгляді заздалегідь підготовлених документів згідно переліку. Єдиним ліцензійним органом визначено МОЗ України, що сприяє ще більшій формалізації процедури, оскільки законодавством не передбачається створення комісій на місцях для проведення перевірок дотримання ліцензійних умов. Ліцензійний процес відірваний від акредитаційного: законодавством прямо не передбачається можливості анулювання ліцензії у зв'язку з не проходженням акредитації.

Акредитаційний контроль не носить постійного характеру, відсутня законодавчо обумовлена можливість його позапланового проведення. Перевірка професійними організаціями медичних закладів на відповідність стандартам акредитації в Україні не передбачена.

Особливі характеристики медичної послуги проявляються в наступних її ознаках: суспільний характер, неочікуване виникнення потреби в допомозі, відособленість споживача від платника, невпевненість і ризик. З огляду на вищезначене, якість медичної допомоги можна розглядати, з одного боку, як відповідність визначеним стандартам, та, з іншого, як корисність для споживача, відповідність його вимогам[41].

Перед системою охорони здоров'я України поставлені важливі завдання забезпечити надання якісної медичної допомоги населенню за умови найбільш раціонального використання ресурсів. Реалізація цих завдань відбувається за рахунок широкого застосування інструментів управління, зокрема, стандартизації, якою охоплені медичні технології, умови надання медичної допомоги, до- та післядипломна підготовка медичних кадрів та системи управління закладів охорони здоров'я[3].

Існує нагальна потреба в подальшому розвитку науково-методичних підходів до розробки і впровадження системи управління якістю медичної допомоги, спрямованих на формування нових, підтримку та вдосконалення існуючих організаційних і медичних технологій, які дозволять забезпечувати відповідність медичної допомоги потребам пацієнта та його очікуванням, а системи охорони здоров'я – спроможності задоволення потреб громадян в поліпшенні якості і подовженні тривалості життя, ефективній профілактиці та лікуванні захворювань.

1.3. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні

Ринкова організація системи охорони здоров'я в Україні передбачає:

- переорієнтацію діяльності закладів та установ на профілактику, первинну медико-санітарну допомогу, формування здорового способу життя;
- зміну механізмів фінансування (кошти мають йти за хворим); управління якістю медичних послуг;
- структурну перебудову медичної галузі, реформуванням функції медичної допомоги за рівнями.

Якість наданих медичних послуг населенню в значній мірі залежить від механізмів державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я, рівня її фінансування та добробуту суспільства.

Система охорони здоров'я України включає в себе заклади охорони здоров'я всіх форм власності та видів – лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, діагностичні, аптечні, науково-медичні та ін., а також відповідні органи виконавчої влади і місцевого самоврядування, які здійснюють управління ними – Міністерство охорони здоров'я України, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головні лікарі центральних районних лікарень, управління (відділи) охорони здоров'я міських рад.

Під державним управлінням системою охорони здоров'я маються на увазі цілеспрямовані дії щодо посилення впливу держави на зміцнення здоров'я громадян, що реалізуються завдяки організуючим, регулюючим, контролюючим заходам та здійснюються органами державної влади з метою надання населенню якісної медичної допомоги. Схема організаційно-економічного механізму державного регулювання якості медичних послуг відображена на рис. 1.1

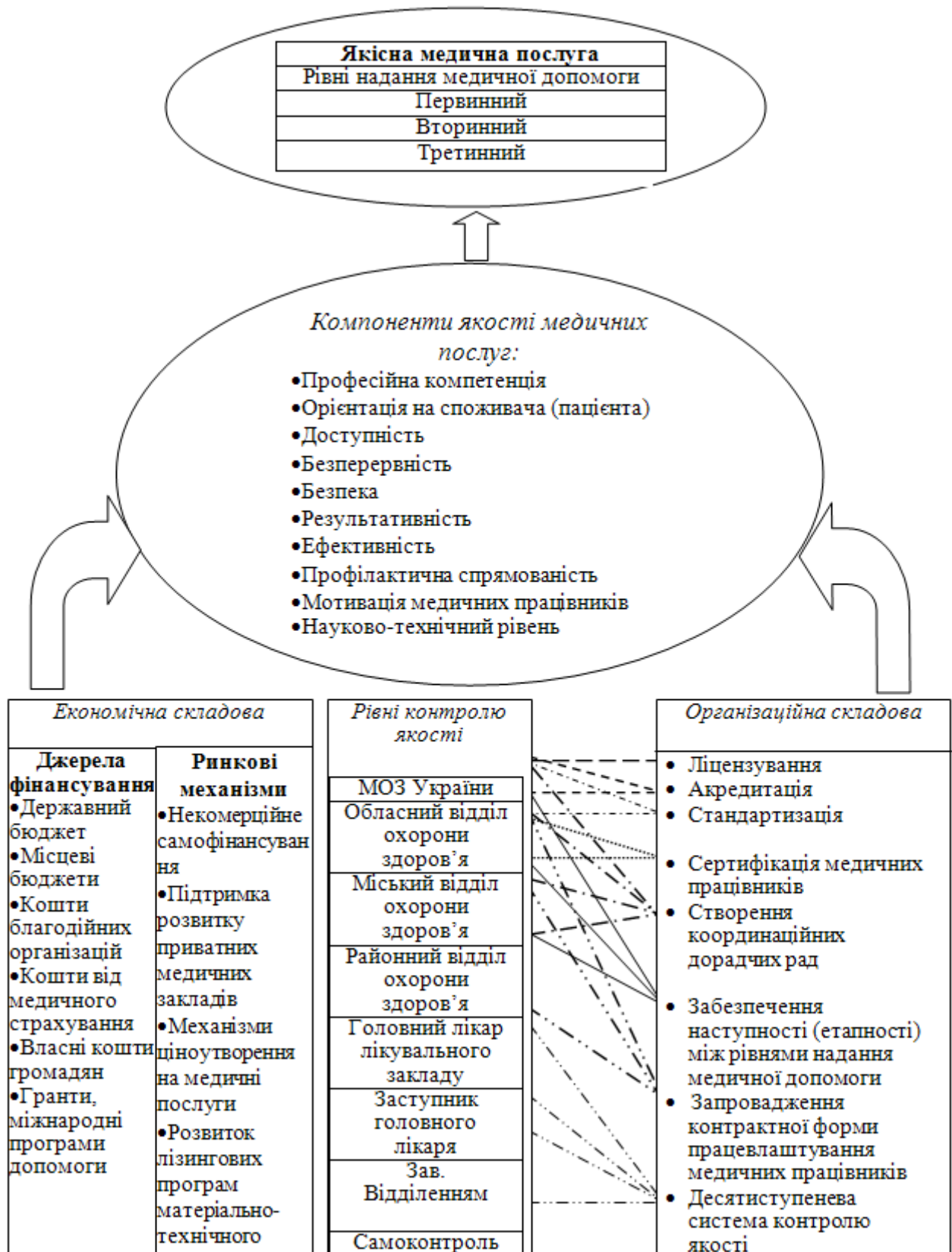


Рис.1.1 Схема організаційно-економічного механізму державного регулювання якості медичних послуг

Тобто, сфера охорони здоров'я розглядається як певна організаційна система, де державне регулювання спрямовується на певний об'єкт або процес,

з метою забезпечення бажаних змін, а саме, збереження та зміцнення здоров'я населення через підвищення якості та доступності медичних послуг.

Державна політика з охорони здоров'я полягає у формуванні та дотриманні вищими органами державної влади пріоритетів, доктрин, концепцій і програм, які направлені на забезпечення діяльності та розвитку охорони здоров'я та його зміцнення [1-4].

Місцева (регіональна) політика охорони здоров'я – це основа державної політики. Сутність регіональної політики охорони здоров'я – це затвердження та розробка місцевими органами державної влади та безпосередньо органами місцевого самоврядування першочергових програм та пріоритетів охорони здоров'я населення області, міста, села, головним на здійснення заходів охорони здоров'я населення, зміцнення та розвиток медичних закладів.

Регулює суспільні відносини у сфері охорони здоров'я Законодавство про охорону здоров'я, основою якого є норма ст. 49 Конституції України, яка закріплює права людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Базовим системоутворюючим актом цієї галузі законодавства є Основи законодавства України про охорону здоров'я. Розширюють і поглиблюють правове регулювання у цій галузі законодавчі акти [1].

В цілому причинами, які свідчать про необхідність правовими способами сприяти забезпеченню якості та безпеки медичної допомоги, є наступні:

1. Головною фігурою медичної діяльності, об'єктом її правового регулювання є пацієнт, на забезпечення безпеки надання медичної допомоги якому і має бути спрямоване реформування охорони здоров'я.

2. Якість медичної допомоги – об'єктивний критерій задоволення наданими медичними послугами з боку пацієнтів.

3. Якість медичної допомоги – об'єктивний критерій правових відносин, які виникають між лікувальною установою, де надавалась медична допомога, та страховою медичною організацією, яка фінансує медичну допомогу.

4. Забезпечення якості та безпеки медичної допомоги є індикатором, за яким пересічні громадяни судитимуть про ефективність (неефективність)

потенційно можливого у нашій державі запровадження обов'язкового медичного страхування.

Аналіз основних законів України, що регулюють якість медичної допомоги за обраними характеристиками (забезпечення доступної, своєчасної, безпечної, результативної, ефективної та справедливої (орієнтованої на пацієнта) медичної допомоги населенню), представлений у табл. 1.4.

Таблиця 1.4 -Перелік основних законів України, що регулюють якість медичної допомоги за її компонентами

№	Основні закони України, що регулюють забезпечення якості медичної допомоги	Компоненти якості медичної допомоги, на які спрямовано законодавство					
		Доступність	Своєчасність	Результативність	Ефективність	Безпека	Справедливість
1	Конституція України від 28.06.1996 р.	+				+	+
2	Закон України від 01.06.2000 р. № 1775-III «Про ліцензування певних видів господарської діяльності»	+		+		+	+
3	ЗУ від 12.05.1991 р. № 1024-XII «Про захист прав споживачів»	+				+	+
4	ЗУ від 13.01.2011 р. № 2938-VI «Про внесення змін до Закону України «Про інформацію»	+					+
5	ЗУ від 24.02.1994 р. № 4004-XII «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»	+				+	+
6	ЗУ від 07.07.2011р. № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»	+	+	+	+	+	+
7	ЗУ від 05.07.2012 р. № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»	+	+				+
8	ЗУ від 02.10.1996 р. N 393/96-ВР «Про звернення громадян»						+
9	ЗУ від 07.05.1996 р. № 123/96-ВР «Про лікарські засоби»	+		+	+	+	+

Головна ідея стосовно якості медичної допомоги на галузевому рівні, представлена у «Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», полягає у створенні та функціонуванні системи управління якістю медичної допомоги, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб і очікувань споживачів медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення, рівний і справедливий доступ усіх громадян до медичних послуг належної якості[4].

Механізми реалізації Концепції були представлені у наказі МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163 «Про управління якістю медичної допомоги».

Питання створення системи управління якістю на галузевому рівні знайшло своє віддзеркалення у наказах МОЗ України від: 20.07.2011 р. № 427 «Єдиний термінологічний словник (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги», 19.09.11 р. № 597 «Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року» та від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» [2-5].

У словникові представлені визначення основних, найбільш поширених термінів в сфері якості, запозичених із загального менеджменту, менеджменту якості та з менеджменту в охороні здоров'я, з використанням міжнародних стандартів на системи управління якістю ISO 9000:2000 та наукових медичних видань, визнаних на світовому рівні.

Метою галузевої програми стандартизації медичної допомоги проголошено забезпечення надання якісної медичної допомоги населенню шляхом розробки, впровадження та аудиту дотримання медико-технологічних документів – адаптованих клінічних настанов, медичних стандартів, формулярів, уніфікованих та локальних клінічних протоколів, заснованих на принципах доказової медицини.

Медична допомога/послуги – це послуги, надання яких у непристосованому місці невідповідним персоналом із використанням неналежного устаткування може привести до погіршення здоров'я або втрати життя для конкретного пацієнта. У зв'язку з необхідністю вирішення цієї проблеми запроваджені механізми забезпечення якості.

Наказом МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» визначені можливі форми контролю (зовнішній і внутрішній), деталізовані об'єкти контролю (кваліфікація медичних працівників, організація медичної допомоги, медична допомога, управлінські рішення, права і безпека пацієнтів, дефекти медичної допомоги) та додатково до експертного, задекларовані наступні методи контролю для використання у закладах охорони здоров'я: самооцінки, соціологічний, клінічний аудит, оцінка виконання медико-технологічних документів за допомогою моніторингу індикаторів якості.

Схема системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я відображена рис.1.2.

Зовнішній контроль застосовується по відношенню до всіх закладів охорони здоров'я на території України держаними органами, групами експертів або недержавними організаціями, що займаються сертифікацією суб'єктів, які надають медичні послуги (ліцензування, акредитація – визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування, дотримання стандартів охорони здоров'я, відповідність медичних працівників єдиним кваліфікаційним вимогам).

Проведений аналіз нормативно-правових документів засвідчив активну діяльність МОЗ України з регламентації забезпечення якості медичної допомоги медико-технологічними документами, належними умовами, в яких відбувається медична допомога та професійна діяльність співробітників, табелями оснащення медичним обладнанням, що відповідає в цілому, запровадженню моделі забезпечення якості медичної допомоги А. Donabedian.

Однак, на думку [20], система зворотного зв'язку для інформаційного забезпечення прийняття управлінських рішень з поліпшення якості виявилась недосконалою в частині моніторингу та оцінки якості медичної допомоги.

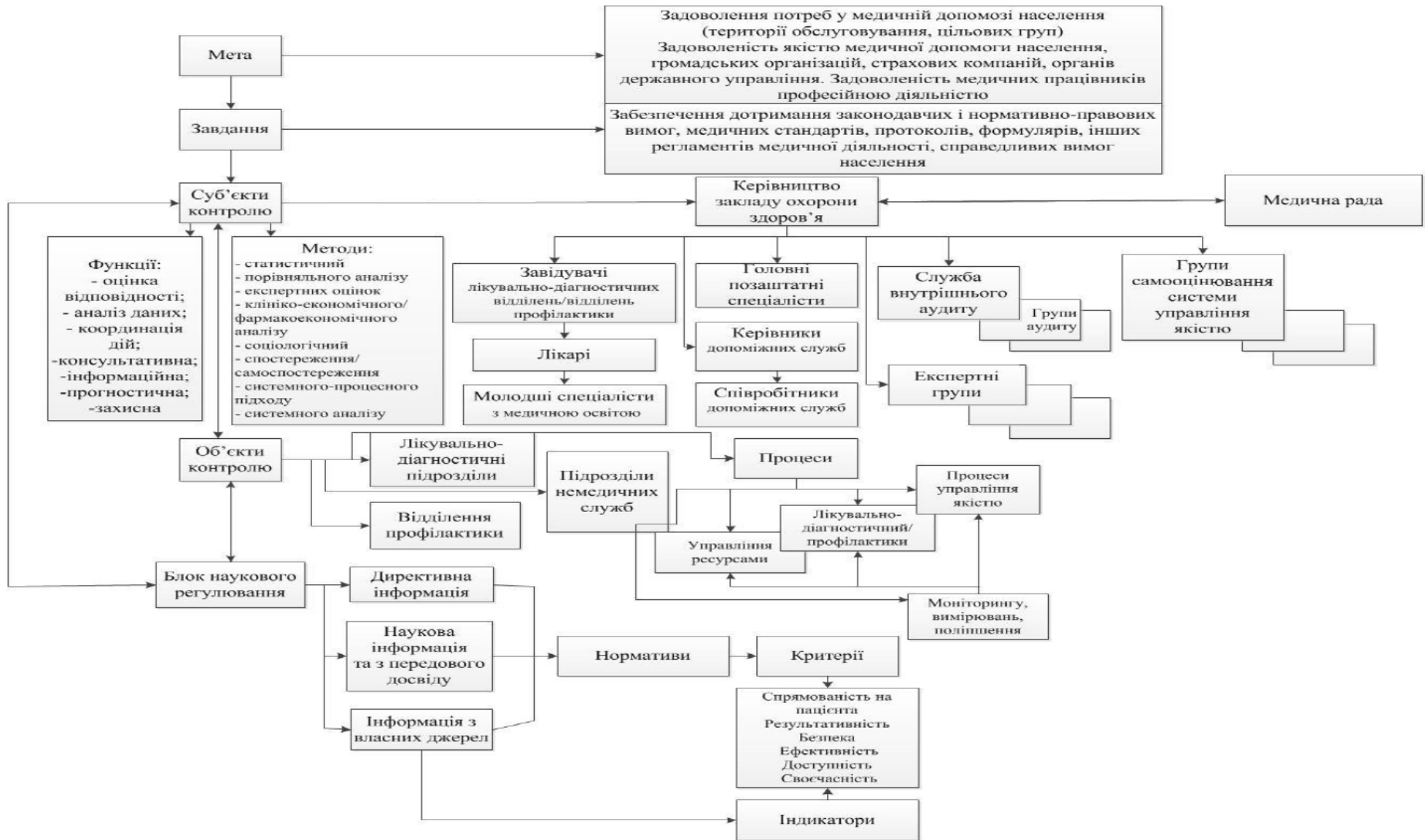


Рис.1.2. Схема системи контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я

Висновки по розділу 1

У ринковій економіці якість є одним з показників ефективності будь-якої діяльності, науково-технічного, економічного і соціального прогресу, найважливішим чинником підвищення рівня життя населення, економічної, соціальної й екологічної безпеки країни.

Створення систем управління якістю медичної допомоги є одним з пріоритетних напрямків реформування охорони здоров'я, що визначає як поточні, так і стратегічні перспективи діяльності будь-якого медичного закладу.

ВООЗ визначили якість медичної допомоги як рівень досягнення системами охорони здоров'я суттєвих цілей у поліпшенні здоров'я і відповідності справедливим очікуванням населення, а основними її складниками є: ефективність, раціональність, доступність, справедливість, безпечність, зосередженість на пацієнті.

Першою концептуальною моделлю управління якістю медичної допомоги вважається трьохкомпонентна модель А. Донабедіана, яка включає: якість структури, якість процесу і результату.

В подальшому виділили професійну, бюрократичну (технократичну) та індустріальну (ринкову) моделі управління якістю медичної допомоги, які поступово змінювали одна одну, залишаючись в тісному поєднанні.

Покращання якості описується циклом Демінга Plan-Do-Check-Act.

У світовому вимірі організаційні моделі управління якістю медичної допомоги представлені моделлю управління якістю, викладеною в міжнародних стандартах ISO серії 9000 на системи управління якістю, моделями ділової (організаційної) досконалості, а також акредитацією.

Проведений аналіз нормативно-правових документів засвідчив активну діяльність МОЗ України з регламентації забезпечення якості медичної допомоги медико-технологічними документами, належними умовами, в яких надається медична допомога та професійна діяльність співробітників, табелями оснащення медичним обладнанням, що відповідає в цілому, запровадженню моделі забезпечення якості медичної допомоги А. Донабедіана.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КНП «РАДИВИЛІВСЬКИЙ РАЙОННИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»

2.1. Організаційно-економічна характеристика підприємства

Комунальне некомерційне підприємство «Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» є закладом охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу та здійснює управління медичним обслуговуванням населення Радивилівського району, вживає заходи з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Підприємство створене за рішенням Радивилівської районної ради від 6 березня 2018 року № 334 (29 сесія 7 скликання) відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом перетворення Комунального закладу охорони здоров'я «Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Радивилівської районної ради у комунальне некомерційне підприємство.

Підприємство є юридичною особою публічного права.

Засновником, Власником та органом управління майном підприємства є територіальні громади Радивилівського району в особі Радивилівської районної ради, яка визначає головні напрямки діяльності підприємства, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання.

Місцезнаходження підприємства: м.Радивилів, вул.Садова, 4.

Основною метою створення Підприємства є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території Радивилівського району, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я (Додаток Б).

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності Підприємства є:

- медична практика з надання первинної та інших видів медичної допомоги населенню;

- забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку;
- організація надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- проведення профілактичних щеплень;
- планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів;
- консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя;
- взаємодія з суб'єктами надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення дієвого лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта;
- організація відбору та спрямування хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також відбору хворих на санаторно-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку;
- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

- направлення на МСЕК осіб зі стійкою втратою працездатності;
- участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;
- участь у державних та регіональних програмах щодо організації пільгового забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку та відповідно до фінансового бюджетного забезпечення галузі охорони здоров'я;
- участь у державних та регіональних програмах щодо скринінгових обстежень, профілактики, діагностики та лікування окремих захворювань у порядку визначеному відповідними програмами та законодавством.

координація діяльності лікарів із надання первинної медичної допомоги з іншими суб'єктами надання медичної допомоги, зокрема закладами вторинної та третинної медичної допомоги, санаторіїв, а також з іншими службами, що опікуються добробутом населення, зокрема соціальна служба, та правоохоронними органами;

- надання платних послуг з медичного обслуговування населення відповідно до чинного законодавства України;
- надання елементів паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей.

Підприємство надає медичні послуги відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» на підставі ліцензії на медичну практику наказ № 2373 від 20.12.2018 « Впровадження господарської діяльності з медичної практики».

Майно Підприємства є комунальною власністю і закріплюється за ним на праві оперативного управління. Майно Підприємства становлять необоротні та оборотні активи, основні засоби та грошові кошти, а також інші цінності, передані йому Засновником.

Джерелами формування майна та коштів Підприємства є:

1) комунальне майно, передане Підприємству відповідно до рішення Засновника;

2) кошти державного та місцевих бюджетів (районного, сільських, селищних, міських, обласного бюджетів);

3) власні надходження Підприємства: кошти від здачі в оренду (зі згоди Засновника) майна, закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг);

4) цільові кошти;

5) кредити банків;

6) майно, придбане у інших юридичних або фізичних осіб;

7) майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб; надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі;

8) майно, отримане з інших джерел, не заборонених чинним законодавством України.

Статутний капітал Підприємства становить: 3512115 (три мільйони п'ятсот дванадцять тисяч сто п'ятнадцять) гривень.

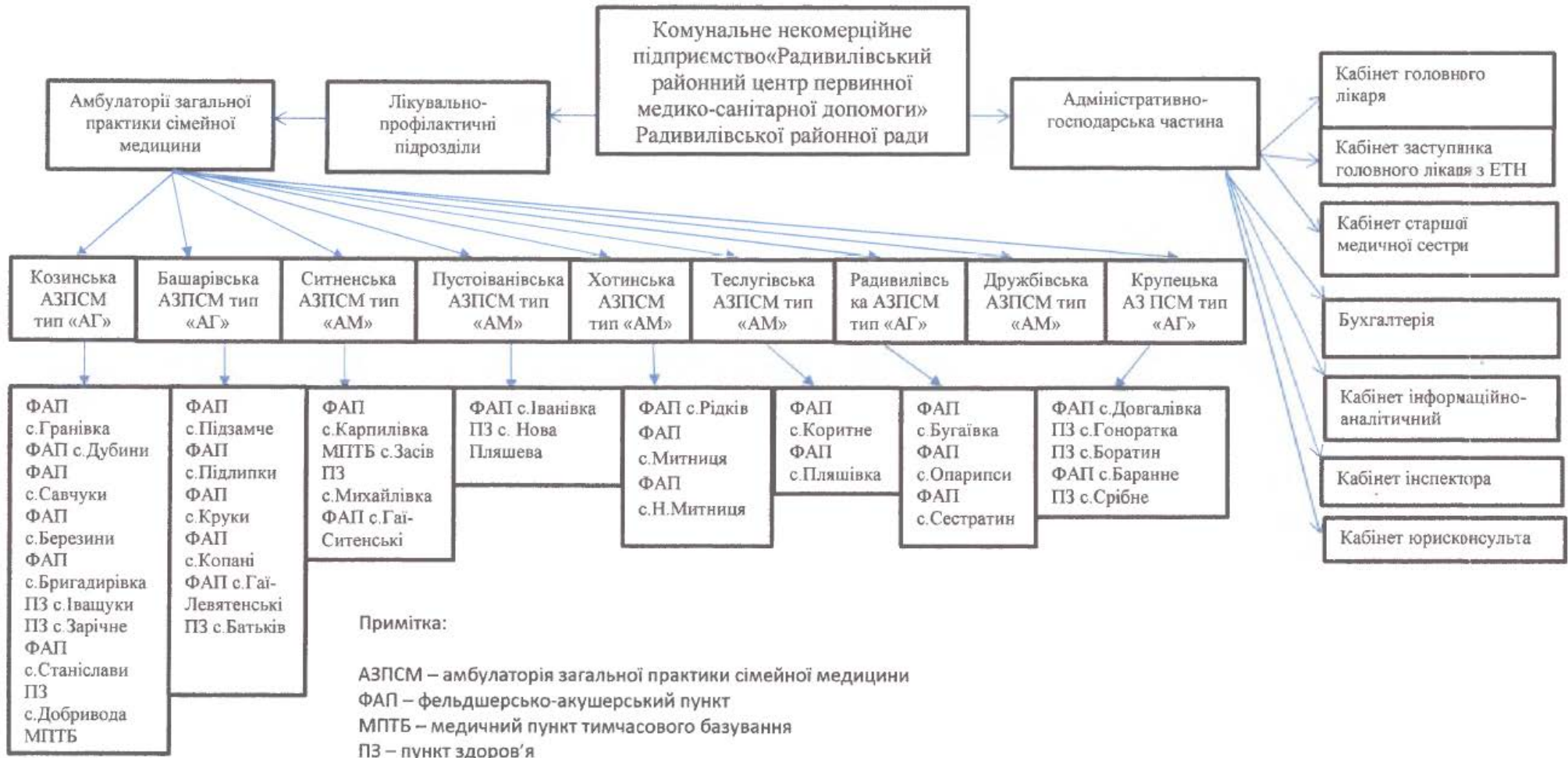
Управління Підприємством здійснює його засновник - Радивилівська районна рада.

Поточне керівництво (оперативне управління) Підприємством здійснює Головний лікар, який призначається на посаду Радивилівською районною радою на конкурсній основі шляхом укладення з ним контракту на строк від трьох до п'яти років.

Структура Підприємства (рис.2.1) включає:

1. Адміністративно-управлінський відділ
2. Допоміжні підрозділи, у тому числі господарчі
3. Лікувально-профілактичні підрозділи (фельдшерсько-акушерські пункти, фельдшерські пункти, медичні пункти)

**Структура комунального некомерційного підприємства
«Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Радивилівської районної ради**



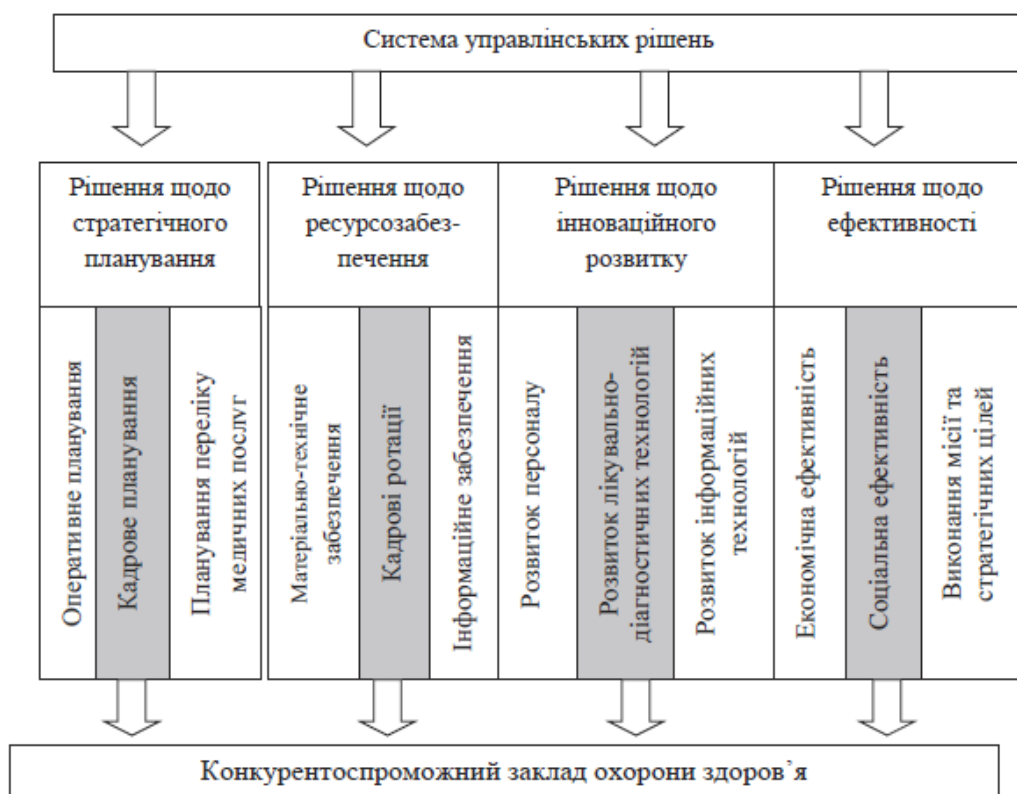


Рис. 2.2. Система управлінських рішень закладу охорони здоров'я

Система управлінських рішень у закладі охорони здоров'я відображена на рис.2.2.

Склад персоналу закладу охорони здоров'я відображено в табл.2.1. Із загальної кількості персоналу 6% припадає на адміністративно-управлінський персонал та 94% на медичний персонал.

Основним джерелом фінансування закладу охорони здоров'я є кошти, які надходять від Національної служби здоров'я України та місцевого бюджету. Згідно нової методики фінансування первинної медичної допомоги, враховується принцип "гроші ходять за пацієнтом", тобто, віковий склад населення, якому надається первинна медична допомога.

Розрахунок необхідних обсягів фінансування закладу охорони здоров'я виходячи з вікової структури населення Радивилівського району подано в табл.2.2

**Таблиця 2.1 - Склад персоналу медичного закладу
(станом на 1.01.2020р.)**

№	За характером участі в процесі надання допомоги	Посада	К-ть осіб
1	Адміністративно-управлінський персонал	головний лікар	1
		заступник головного лікаря з ЕТН	1
		економіст	1
		головний бухгалтер	1
		бухгалтер-провідний	2
		мед.статист	1
		юристконсульт	1
		зав.відділом кадрів	1
		секретар(діловод)	1
<i>Разом</i>	10		
2	Медичний персонал	лікарі ЗПСМ	23
		лікарі-педіатри	4
		головна медична сестра	1
		старша медична сестра	1
		сестра-медична ЗПСМ	73
		молодший мед.персонал	42
		<i>Разом</i>	144
Всього персоналу:			154

**Таблиця 2.2 - Розрахунок необхідних обсягів фінансування
Комунального закладу охорони здоров'я «Радивилівський центр
первинної медико-санітарної допомоги» Радивилівської районної ради**

Вікова структура населення	Загальна кількість населення даної вікової групи	із загальної кількості:		Відсоток від загальної кількості населення	Капітаційна ставка на одну особу (грн.)	Загальна сума коштів на кожну вікову групу (грн.)	В середньому кількість коштів на 1 жителя (грн.)
		Чоловіки	Жінки				
0-5	2052	1036	1016	5,5	770	1580040,00	479,79
6-17	5572	2782	2790	15	440	2451680,00	
18-39	11561	5357	6204	31	370	4277570,00	
40-65	12902	5932	6970	34,5	444	5728488,00	
65-старші	5216	2336	2880	14	740	3859840,00	
Всього	37303	17443	19860	100%		17897618,0	

Структурно-динамічний аналіз доходів закладу охорони здоров'я подано в табл.2.3.

Таблиця 2.3 - Аналіз доходів закладу охорони здоров'я на протязі 2018-2020рр.

№ з/п	Статті доходів	Роки						Відхилення			
		2018		2019		2020		Від 2018р.		Від 2019 р.	
		тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%
1	Фінансування від НСОЗ	4073,6	98,6	16781,8	99,6	17396,3	99,4	13322,7	0,8	614,5	-0,2
2	«Інші операційні доходи» у т.ч.	28,0	0,2	75,0	0,4	103,0	0,6	75,0	0,4	28,0	0,2
2.1	за оренду приміщень	1,6		2,6		30,6		29,0		28,0	
2.2	відшкодування комунальних послуг орендарями	26,4		72,4		72,4		46,0		0	
3	Інші доходи	30,0	0,2					-30,0	-0,2	-30,0	-0,2
	Разом доходи	4131,6	100	16856,8	100	17499,3	100	13367,7	0	642,5	0

У структурі доходів 99% припадає на фінансування з бюджету. В структурі фінансування 94% припадає на фінансування за програмою медичних гарантій і 6% на дотації з місцевого бюджету. В 2020 році фінансування з бюджету (за планом) передбачено на 614,5 тис.грн. більше, ніж у 2019 році і на 13322,7 тис.грн., ніж у 2018 році.

Інші операційні доходи надходять як плата за оренду приміщень і відповідне відшкодування комунальних послуг орендарями. Їх частка в структурі доходів на протязі трьох років зростає з 0,2 % до 0,6 %, а в грошовому вимірі зростає у чотири рази – з 28 тис.грн. до 103 тис.грн. у 2020 (за планом).

В 2018 р. інші доходи склали 30 тис.грн., виникли в результаті безоплатно отриманих активів.

Як свідчить проведений аналіз структури витрат (табл.2.4), на протязі досліджуваних років лівова частка витрат припадає на видатки на оплату праці (87% у 2018 р. та 91% у 2020 р.). Частка комунальних послуг в структурі витрат в межах 3,4-4%.

Таблиця 2.4 - Аналіз динаміки і структури витрат у 2018-2020 роках

№ з/п	Статті витрат	Роки						Відхилення			
		2018		2019		2020 (план)		Від 2018р.		Від 2019 р.	
		тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%
1	Предмети, матеріали, обладнання	78,0	1,9	140,0	0,8	120,0	0,7	42,0	-1,2	-20,0	-0,1
2	Медикаменти та перев'язувальні матеріали	17,0	0,4	180,0	1,1	150,0	0,9	133,0	0,5	-30,0	-0,2
3	Витрати на оплату праці	2976,1	72,0	12770,0	75,8	13020,0	74,4		2,4		-1,4
4	Відрахування на соціальні заходи	682,2	16,5	2700,0	16,0	2973,0	17,0		0,5		1,0
5	Амортизація	30,0	0,1					-30,0	-0,1	-30,0	-0,1
6	Оплата послуг	23,0	0,1	60,8	0,4	140,0	0,8	117,0	0,7	79,2	0,4
7	Оплата комунальних послуг	294,3	7,1	576,0	3,4	576,3	3,3	282,0	-3,8	0,3	-0,1
8	Видатки на відрядження	31,0	0,8	30,0	0,2	20,0	0,1	-11,0	-0,7	-10,0	-0,1
9	Придбання основних засобів			400,0	2,4	500,0	2,9	500,0	2,9	100,0	0,4
	Разом витрати	4131,6	100	16856,8	100	17499,3	100	7211,9	0	5339,55	0

Відмічене значне зменшення на протязі трьох років витрат на оплату медикаментів та перев'язувальних матеріалів як в натуральному вимірі (-496,68 тис.грн.), так і в структурі витрат (0,8% проти 6,1% у 2018р.). Витрати на комунальні послуги на протязі 2019-2020 років залишаються стабільними – 576 тис.грн., проти 2018 року зросли майже удвічі.

Більше як у 6 раз у 2020 році проти 2018 року зросли витрати на оплату послуг (супроводження та обслуговування програмного забезпечення, послуги банку, телефонний зв'язок, оплата інтернет послуг) – 140тис.грн. проти 23 тис.грн., одночасно зросла їх частка у загальній сумі витрат з 0,1% до 0,8%.

На протязі 2019-2020 років 900 тис.грн. використано на придбання основних засобів.

2.2. Організація надання медичної допомоги

Головним завданням досліджуваного закладу охорони здоров'я є забезпечення населення Радивилівського району комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя.

Організація та надання послуг з ПМД ґрунтується на принципах:

- *доступності*, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання;
- *безпеки*, що полягає у наданні послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;
- *результативності*, що проявляється у досягненні найкращих результатів через надання послуг з ПМД на основі наукових знань та принципів доказової медицини;
- *своєчасності*;
- *економічної ефективності*, що досягається шляхом надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;
- *недискримінації*, що полягає у наданні послуг з ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками;
- *орієнтованості на людину*, що передбачає надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

«Радивилівський районний центр ПМД» здійснює медичне обслуговування населення відповідно до переліку медичних послуг, відображених в табл.2.5

Таблиця 2.5-Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги

№	Вид та характеристика медичної послуги
1	<i>Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я</i>
2	<i>Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів</i>
3	<i>Динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами)</i>
4	<i>Надання в межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем</i>
5	<i>Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги</i>
6	<i>Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта</i>
7	<i>Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань</i>
8	<i>Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб</i>
9	<i>Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги.</i>
10	<i>Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною</i>
11	<i>Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій</i>
12	<i>Призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства</i>

У рамках надання вищеперерахованих медичних послуг медичний заклад забезпечує пацієнтів лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями, відповідно до переліку табл.2. 6

Таблиця 2.6 - Перелік медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань

№	Вид медичних втручань
1	Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою
2	Загальний аналіз сечі
3	Глюкоза крові
4	Загальний холестерин
5	Вимірювання артеріального тиску
6	Електрокардіограма
7	Вимірювання ваги, зросту, окружності талії
8	Швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити

Первинна медична допомога лікарями медичного закладу надається пацієнтам безперервно відповідно до галузевих стандартів та у відповідності до наказу МОЗ України від 19.03.2018 року №504 «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги».

Виробнича потужність закладу охорони здоров'я складає 320 відвідувань в місяць.

Записатися на прийом до лікаря можна особисто, по телефону, електронною поштою або іншими доступними засобами телекомунікації.

Первинна медична допомога надається під час особистого прийому пацієнта за місцем розміщення закладу відповідно до режиму його роботи.

Лікар може прийняти рішення про надання окремих вищеперерахованих послуг за місцем проживання (перебування) пацієнта або з використанням засобів телекомунікації відповідно до режиму роботи закладу.

У разі виникнення невідкладного стану при гострому розладі фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, внаслідок якого пацієнт потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД викликає бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги та до її прибуття надає пацієнту відповідну медичну допомогу.

Для обслуговування населення у вихідні та святкові дні створено кабінет чергового лікаря.

З метою надання невідкладної медичної допомоги хворим на грип та ГРВІ наказом від 24.01.2020р. по підприємству створено цілодобові бригади невідкладної медичної допомоги у складі сімейного лікаря, медсестри та санітарного автомобіля.

Відомості про кожен випадок надання ПМД лікар відображає в медичній документації відповідно до Міжнародної класифікації первинної допомоги (ICPC2E) та за необхідності - за МКХ відповідного перегляду.

У період тимчасової відсутності лікаря з надання ПМД у зв'язку з його відпусткою чи іншими обставинами, що зумовлюють тимчасову неможливість здійснювати прийом пацієнтів лікарем з надання ПМД, заклад забезпечує безперервність надання послуг з ПМД.

Крім того, заклад надає зручний та функціональний вид лікування «денний стаціонар» – організаційна форма стаціонарозамісної медичної допомоги в денний період в позалікарняних умовах, яка дозволяє забезпечити пацієнтів своєчасною, якісною та ефективною лікувально-діагностичною і реабілітаційною допомогою нарівні, максимально наближеному до стаціонарної допомоги, у разі відсутності показань до стаціонарного лікування або неможливості госпіталізації чи відмови від неї.

В умовах денного стаціонару проводиться внутрішньовенні: крапельні, струминні, внутрішньом'язові та підшкірні введення медикаментозних засобів протягом курсу лікування, при необхідності в комплексі з фізіотерапевтичними

процедурами, а також здійснюється надання невідкладної допомоги з приводу гострих станів, які виникли під час перебування в поліклініці.

У «денному стаціонарі» функціонує 32 ліжко-місця, зокрема:

- Радивилівське відділення загальної практики сімейної-медицини-12 ліжок денного стаціонару;
- Амбулаторія ЗП-СМ с.Зарічне-6 ліжок;
- Амбулаторія ЗП-СМ с.Козин-2 ліжка;
- Амбулаторія ЗП-СМ с.Башарівка-2 ліжка;
- Амбулаторія ЗП-СМ с.Острів-2 ліжка;
- Амбулаторія ЗП-СМ с.Хотин-2 ліжка;
- Амбулаторія ЗП-СМ с.Дружба-2 ліжка;
- Амбулаторія ЗП-СМ с.Теслугів-2 ліжка;
- Амбулаторія ЗП-СМ с.Рідків-2 ліжка;
- Амбулаторія ЗП-СМ с.Ситно-2 ліжка.

З метою покращання документообігу відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [1] в закладі згідно з договором від 03.12.2018 р. №8-031218 «Про надання послуг користування інформаційно-телекомунікаційною системою «HELSI» запроваджено електронний документообіг, здійснено комп'ютеризацію, підключення до системи e-Health (розроблено електронні медичні картки, запроваджуються Е-рецепт, Е-лікарняний лист).

6 з 8 амбулаторій забезпечені автоматизованими робочими місцями, про що свідчать дані табл..2.7.

Робочі відносини зі вторинним рівнем побудовані на договірній основі, і включають лабораторне та інструментальне обстеження, консультації лікарів – спеціалістів, лікування в профільних відділеннях ЦРЛ, надання невідкладної допомоги в неробочі та святкові дні.

Таблиця 2.7 - Забезпеченість автоматизованими робочими місцями в розрізі амбулаторій

№ з/п	АЗПСМ	Норматив згідно табеля оснащення	Наявно	Питома вага забезпечення	Доступ до Internet
1.	Ситне	ПК	1		+
2.	Козин	ПК	2		+
3.	Теслулів	ПК	2		+
4.	Зарічне	ПК	2		+
5.	Радивилів	ПК	9		+
6.	Хотин	ПК	1		--
7.	Дружба	ПК	1		+
8.	Башарівка	ПК	2		
Всього по РЦ ПМСД:			20	100%	6

Відповідно до Порядку контролю якості медичної допомоги [3] об'єктами контролю якості медичної допомоги визначені структурні, процесуальні та результативні компоненти системи якості, зокрема, кваліфікація спеціалістів, організація медичної допомоги, реалізація управлінських рішень з питань якості, дотримання стандартів, протоколів медичної допомоги, випадки дефектів, несприятливих наслідків лікування та скарг громадян, забезпечення прав та безпеки пацієнтів, вивчення їх думки щодо отриманої медичної допомоги.

Відповідно до вищезначеного Порядку [3] контроль якості надання медичної допомоги хворим в закладі здійснюється на трьох рівнях на основі:

1) дотримання вимог до здійснення медичної діяльності, встановлених законодавством;

2) визначення показників (в тому числі інтегральних) якості діяльності закладу охорони здоров'я;

3) дотримання обсягу, термінів і умов надання медичної допомоги.

Перший рівень: самоконтроль – здійснюється безпосередньо лікарями, молодшими спеціалістами з медичною освітою.

Другий рівень: контроль з боку заступника головного лікаря.

Третій рівень: зовнішній контроль – відомчий.

Перший-другий рівень (внутрішній контроль якості) організується на принципах безперервного його покращення шляхом контролю за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я; самооцінки медичних працівників; організації надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я; моніторингу реалізації управлінських рішень; моніторингу дотримання структурними підрозділами закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів; моніторингу системи індикаторів якості медичної допомоги. Однак, Служба внутрішнього аудиту в закладі не створена.

Самоконтроль лікарями, медсестрами здійснюється згідно з покладеними на них повноваженнями по забезпеченню якості медичної допомоги, зазначеними у посадових інструкціях (Додаток В). Принцип самоконтролю заснований на постійному дотриманні вимог діючих регламентів (наказів, розпоряджень, інструкцій, нормативів, локальних медико-технологічних документів та інших) і порівнянні фактичних проміжних і кінцевих результатів власної діяльності з встановленими нормативами в режимі реального часу. В разі виявлення відхилень у процесі медичної допомоги виконавцем вносяться відповідні корективи.

Процес самоконтролю медичної допомоги передбачає:

- ознайомлення і використання інформації про пацієнта з попереднього етапу;
- клінічний огляд хворого за його складовими, своєчасне встановлення попереднього діагнозу;
- інформування хворого про стан його здоров'я, отримання поінформованої згоди на медичні втручання;
- складання плану обстеження і лікування відповідно до вимог локальних медико-технологічних документів;
- виконання плану обстеження і лікування;
- своєчасність встановлення клінічного діагнозу;

- моніторинг клінічного стану пацієнта та динаміки патологічного процесу, клінічної ефективності та наслідків дії лікарських препаратів та інших видів лікування;
- своєчасне внесення корекцій у лікування;
- належне оформлення і зміст виписних документів;
- дотримання правил поведінки під час спілкування з хворим та його представниками;
- дотримання нормативної (середньої) тривалості лікування за даною нозологічною формою;
- ведення медичної документації відповідно вимогам.

Заступник головного лікаря проводить поточний контроль за ресурсною складовою якості: навчанням персоналу, забезпеченням пацієнтів медикаментами та їх збереженням, забезпеченням лікувально-охоронного та санітарно-протиепідемічного режиму, виконанням правил внутрішнього трудового розпорядку; дотриманням правил охорони праці і техніки безпеки, протипожежної безпеки.

Важливе місце серед дієвих засобів підвищення якості контролю займає автоматизація процедур контролю з використанням комп'ютерної техніки та спеціального програмного забезпечення. Впровадження автоматизованих робочих місць лікаря, на рівні якого безпосередньо відбувається процес надання медичної допомоги і створюються первинні дані, а також виникають відхилення від вимог нормативних документів, що регулюють якість лікувально-діагностичного процесу, дозволяє здійснити автоматизацію процесів збору і обробки інформації щодо якості і повноти надання медичної допомоги з наступним її використанням для проведення аналізу на різних рівнях управління якістю медичної допомоги, підтримки процесу прийняття і реалізації управлінських рішень з поліпшення якості та збереження інформації у межах автоматизованої системи.

За результатами контролю заступника головного лікаря та даних самоконтролю лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою

обов'язковій реєстрації підлягають дефекти медичної допомоги, невідповідності, відхилення від встановлених нормативів з аналізом їх причин і усуненням в межах їх повноважень. Узагальнені результати надаються головному лікарю.

Експертному комісійному контролю підлягають випадки дефектів, невідповідностей, відхилень у наданні медичної допомоги за переліком, встановленим нормативними документами.

Зовнішній контроль здійснюється органами державної виконавчої влади, зокрема, шляхом перевірки дотримання ліцензійних умов, атестації лікарів та молодшого медичного персоналу, проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Контроль якості наданої медичної допомоги проводиться у випадках смерті пацієнтів, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання закладом охорони здоров'я стандартів медичної допомоги, клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів та/або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Клініко-експертна оцінка якості та обсягів медичної допомоги здійснюється шляхом експертизи клінічних питань діагностики, лікування та реабілітації обласним управлінням охорони здоров'я протягом 30 днів з дня надходження відповідного звернення.

Разом з тим необхідно відмітити як негативний факт, що спеціальні функції управління якістю медичної допомоги (організація проведення соціологічних опитувань пацієнтів і персоналу, організація розробки локальних стандартів медичної допомоги, системно-предметне навчання персоналу з питань якості медичної допомоги, моніторинг і оцінка якості за індикаторами якості) не знайшли свого відображення у Посадових інструкціях лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою, Положеннях про функціональні служби.

2.3. Аналіз визначальних чинників впливу на якість медичної допомоги

Аналіз якості надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я проведемо з використанням моделі якості А. Донабедіана, яка містить три основні компоненти: якість структури, якість процесу, якість результату.

Якість структури – це організаційні аспекти медичної допомоги – кадрові та матеріально-технічні ресурси, що використовуються для надання медичної послуги, правового забезпечення. Якість структури передусім передбачає наявність правильно сформованої кваліфікованої команди з надання медичної допомоги на чолі з прогресивним лідером, що спільно працює на забезпечення покращання здоров'я пацієнта. По-друге, це фінансування закладу, його оснащення, кадрові ресурси, забезпечення післядипломного та безперервного навчання персоналу, а також наявність певних нормативних документів, у тому числі й сучасних клінічних протоколів.

Якість процесу надання медичної допомоги – це фактично сама медична допомога, виконання лікувально-діагностичних процедур відповідно до протоколів і стандартів. Якісної медичної допомоги неможливо досягнути, не дотримуючись відповідних лікувально-діагностичних протоколів та медичних стандартів.

Якість результату – це показники, які свідчать про те, що відбувається з хворим у процесі надання медичної допомоги, наприклад, виникнення захворювання, госпіталізація, розвиток ускладнень, інвалідизація, летальність. До показників результату також відносять задоволеність пацієнта лікуванням і якість його життя.

Визначальні фактори впливу на якість медичної допомоги у закладі охорони здоров'я дослідимо використовуючи діаграму Ісікави (рис.2.3), що зумовлює наступний хід дослідження.

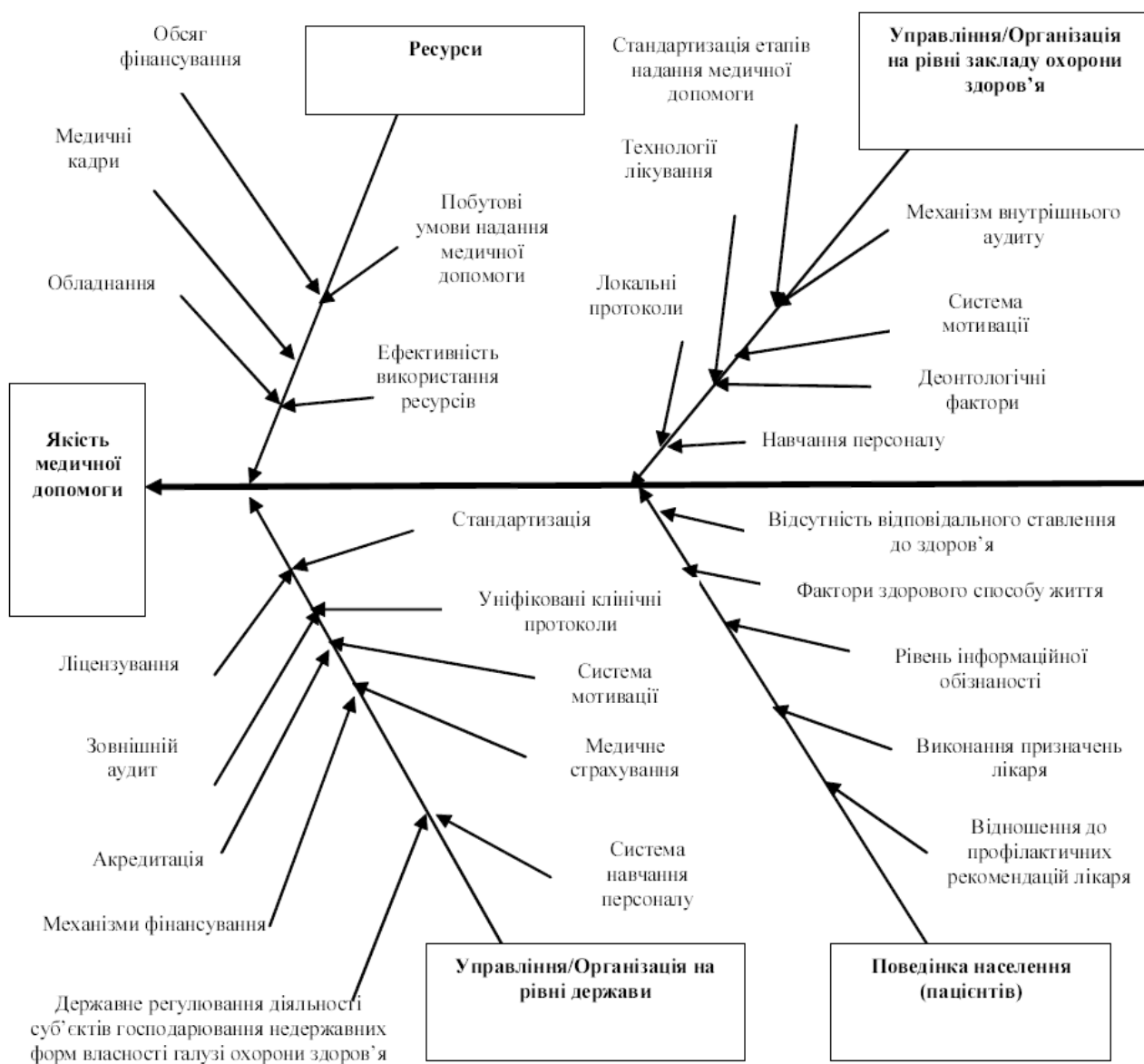


Рис.2.3. Основні фактори впливу на якість медичної допомоги у закладі охорони здоров'я

Доступність, безперервність ПМД визначається такими параметрами:

- достатня кількість лікарів та медсестер (фельдшерів);
- територіальне розташування закладів ПМД відповідно до щільності проживання населення;
- години роботи закладу ПМД;
- можливості відвідування медперсоналом пацієнтів удома;
- відсутність фінансових бар'єрів для населення при відвідуванні закладу.

Станом на 1.01.2020р. в Радивилівському районі зареєстровано 52 села, 75 хуторів, на даній території проживає 36 тис. мешканців, з них сільських

жителів 71,23%, міських жителів 28,77%. Дитяче населення до 17 років становить 21,82%. Доросле населення 78,18% .

Відповідно до критеріїв спроможності, визначених у Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги [1], сформована спроможна мережа надавачів первинної медичної допомоги Радивилівської району (табл..2.8). Типологія місць надання ПМД відображена в табл.2.9.

Таблиця 2.9 - Типологія місць надання ПМД

Тип	ТД	Місце надання ПМД	Практика ПМД	Кадри	Населення	Послуги
Центр ПМД (Тип Ц»)	Центральна	Регуляр-не	Групова	Не менше 7 лікарів	15 тисяч осіб	Первинна медична допомога, лабораторні дослідження та інструментальні обстеження
Амбулаторія, групова практика (Тип АГ)	Центральна, периферійна першого порядку	Регуляр-не	Групова	Не менше 2 лікарів	Від 3 000 осіб	Первинна медична допомога, лабораторні дослідження та інструментальні обстеження
Амбулаторія моно-практика (Тип АМ)	Периферійна другого порядку	Регуляр-не	Моно-практика	1 лікар	2 000 осіб	як в амбулаторії групової практики (Тип «АГ»)
Пункт здоров'я (Тип «ПЗ»)	Периферійна першого або другого порядку	Не регуляр-не	Підпорядкований іншим типам: «Ц», «АГ» або «АМ»	Молодші спеціалісти з медичною освітою (фельдшери, медсестри) та (або) лікар з надання ПМД	Недостатнє для регулярного місця надання ПМД	В межах компетенції молодших спеціалістів з медичною освітою та (або) такі ж послуги як в амбулаторії (типу «АГ» або «АМ» але тільки у дні прийому лікаря

Таблиця 2.8 - Спроможна мережа надавачів первинної медичної допомоги Радивилівської району

№ з/п	Структурний підрозділ	Населення, осіб	Радіус обсл-ня, км	Тип
I	Радивилівська А ЗПСМ тип «АГ»	10377	7	Центральна амбулаторія Групова практика
	ПЗ с.Опарипси	1290	4	Пункт здоров'я
	ПЗ с. Сестратин	707	4	Пункт здоров'я
	ПЗ с.Бугаївка	1419	4	Пункт здоров'я
II	Башарівська АЗПСМ тип «АГ»	1153	9	Пункт здоров'я Групова практика
	ФАП с.Копані	396	4	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ФАП с.Підлипки	521	5	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ПЗ с.Підзамче	647	3	Пункт здоров'я
	ФАП с.Круки	190	2	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ФАП с.Г. Лев'ятинські	304	2,5	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ПЗ с. Батьків	1192	4	Пункт здоров'я
	III	Ситненська АЗПСМ тип «АМ»	510	6
ФАП с.Карпилівка		347	1,5	Фельдшерсько-акушерський пункт
ФАП с.Гаї-Ситенські		445	2	Фельдшерсько-акушерський пункт
ПЗ с.Михайлівка		516	3	Фельдшерсько-акушерський пункт
МПТБ с.Засув		183	1,5	Пункт здоров'я
IV	Козинська АЗПСМ «АГ»	1683	8	Амбулаторія групова практика
	ФАП с.Дубини	310	2,5	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ФАП с.Березини	418	4	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ФАП с.Гранівка	449	3	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ФАП с.Савчуки	294	2	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ФАП с.Бригадирівка	359	3	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ПЗ с.Іващуки	558	5	Пункт здоров'я
	ПЗ с.Зарічне	973	6	Пункт здоров'я
	ФАП с.Станіслави	187	2	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ПЗ с.Добривода	252	2	Пункт здоров'я
	МПТБ с.Підвисоке	71	1,5	Монопрактика
	V	Хотинська А ЗПСМ тип АМ	860	6
ПЗ с.Рідків		465	5	Пункт здоров'я
ФАП с.Митниця		212	3	Фельдшерсько-акушерський пункт
ФАП с.НоваМитниця		209	2	Фельдшерсько-акушерський пункт
Теслугівська А ЗПСМ тип «АМ»		1018	6	Амбулаторія монопрактика
ФАП с.Пляшівка		293	2	Фельдшерсько-акушерський пункт
VI	ПЗ с.Коритне	413	3	Пункт здоров'я
	Крупецька А ЗПСМ тип «АГ»	1569	5	Амбулаторія групова практика
	ФАП с.Довгалівка	314	4	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ПЗ с.Гоноратка	187	2	Пункт здоров'я
	ПЗ с.Боратин	380	2	Пункт здоров'я
	ФАП с. Барання	382	3	Фельдшерсько-акушерський пункт
VII	ПЗ с. Срібне	1068	4	Пункт здоров'я
	Дружбівська А ЗПСМ тип АМ»	1176	6	Амбулаторія монопрактика
VIII	Пустоіваннівська АМ	742	6	Амбулаторія монопрактика
	ФАП с.Іванівка	375	3	Фельдшерсько-акушерський пункт
	ПЗ с.Нова Пляшева	660	7	Пункт здоров'я

Обсяг практики ПМД становить:

- одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної практики - сімейного лікаря;
- дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра.

Договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з закладом охорони здоров'я укладені з 76 % населення району (27175 діючих декларацій - зелений список), 24 % (червоний список).

Фінансова доступність характеризує рівень витрат пацієнтів при отриманні ПМД. Це не лише прямі витрати (плата лікареві або неофіційні платежі), але й непрямі витрати (наприклад, вартість ліків або проїзду до амбулаторії). Дієвим механізмом, який впливає на якість надання медичної допомоги, збільшує кількість звернень до сімейного лікаря (особливо це стосується пацієнтів з хронічними захворюваннями) та підвищує фінансову доступність є *реімбурсація* («Урядова програма «Доступні ліки»).

Реімбурсація – це механізм повного або часткового відшкодування пацієнтам за рахунок коштів Державного бюджету України вартості лікарських засобів на підставі рецепта. Відшкодування поширюється на три нозології: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму (що найбільше впливають на показники смертності населення або суттєво знижують якість життя пацієнта і ефективно лікуються на амбулаторному рівні). До переліку препаратів, вартість яких відшкодовується, включено 21 міжнародну непатентовану назву (МНН).

Так, по районній програмі «Доступні ліки» на 2017-2019 роки» забезпечено повне або часткове відшкодування препаратів для лікування хворих на серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму на суму 470401,33 грн.

По районній цільовій соціальній програмі протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2020 роки було закуплено туберкулін та шприци для проведення проб Манту на суму 79825,00 грн.

Крім того, по районній програмі «Діти Радивилівщини» на 2016-2020 роки» було закупленого гомогенізовані продукти харчування (продукти харчові готові гомогенізовані для дитячого та дієтичного харчування (спеціалізовані продукти для коригування дієтичного харчування у людей з ФКУ: НеоФе - пігулки)) 4 банок по 550 пігулок в банці – на суму 60000,00 грн.

По районній програмі «Діти Радивилівщини» на 2016-2020 роки» для неврологічнохворих дітей за кошти Козинської та Радивилівської ОТГ було закуплено ліки на суму відповідно 16000,00 грн. та 7200,00 грн., 2 комплекти слухових апаратів на суму 56 тис.грн для дітей з втратою слуху III-IV ступенів.

Аналіз кадрового потенціалу вказує на те, що за досліджуваний період відмічається неуккомплектованість медичними кадрами по закладу. Так, штатна чисельність працівників станом на 01.01.2020 року становила 162 штатних; 137,5 зайнятих та 23 одиниці вакантні, з них:

- лікарі 28,75 штатних та 22,25 зайнятих одиниць;
- середній медичний персонал 83 штатних та 75,0 зайнятих одиниць;
- молодший медичний персонал 27 штатних та 27 зайнятих одиниць;
- інший персонал 23,25 та 14,25 зайнятих одиниць.

Окрім кількісних показників кадрового забезпечення дуже важливими є якісні показники медичних кадрів, і це насамперед їх *рівень підготовки, кваліфікація, післядипломна освіта і безперервний професійний розвиток.*

Порядок проведення атестації кадрів та безперервний професійний розвиток визначені наказом МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» [1].

Згідно щорічних планів всі медичні працівники проходять курси підвищення кваліфікації та здобувають наступну або підтверджують вже отриману категорію.

Лікарі, які бажають пройти атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії, мають підтвердити необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку.

Стан атестування медичних працівників закладу станом на 1.01.2020 відображено в табл.2.10

Таблиця 2.10 - Показники атестування медичних працівників (станом на 1.12.2020р.)

Найменування посад	Усього облікова к-ть	Категорія		
		вища	перша	друга
1.Середній медичний персонал у т.ч.:	87	48	10	2
– фельдшери	33	13	3	1
– акушерки	9	4	2	
– медичні сестри у всіх закладах	44	31	5	1
– медичні статисти	1			
2.Лікарі	21	8	2	1

Тобто, серед середнього медичного персоналу 55% мають вищу категорію та 14% - першу та другу. Серед лікарів - 38% мають вищу категорію та 14% першу та другу.

При цьому:

– друга кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад п'ять років; лікарям, які працюють на посадах лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-педіатрів дільничних у сільських лікарських амбулаторіях перша кваліфікаційна категорія може бути присвоєна за наявності стажу роботи понад три роки та необхідної кількості балів безперервного професійного розвитку;

– перша кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку (50) та стаж роботи за певною спеціальністю понад сім років; лікарям, які працюють на посадах лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-педіатрів дільничних у сільських лікарських амбулаторіях перша кваліфікаційна категорія може бути присвоєна за наявності стажу роботи понад п'ять років та необхідної кількості балів безперервного професійного розвитку;

– вища кваліфікаційна категорія присвоюється лікарям-спеціалістам, які мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку та стаж роботи за певною спеціальністю понад десять років; лікарям, які працюють на посадах лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-педіатрів дільничних у сільських лікарських амбулаторіях перша кваліфікаційна категорія може бути присвоєна за наявності стажу роботи понад сім років та необхідної кількості балів безперервного професійного розвитку.

Значний вплив на якість надання медичної допомоги має система мотивації персоналу закладу, при цьому як матеріальна складова, так і соціально-психологічний клімат в колективі, організація та умови праці.

Створенню необхідних організаційних та економічних умов для нормальної роботи сприяють Правила внутрішнього трудового розпорядку, які регламентують порядок прийняття та звільнення працівників, обов'язки працівників та адміністрації, робочий час і порядок його використання, заохочення за успіхи в роботі та відповідальність за порушення трудової дисципліни (Додаток Г).

Удосконаленню соціально-трудових відносин, соціального захисту працюючих, порозумінню та злагоді сприяє соціальне партнерство через укладання між адміністрацією і профспілковою організацією закладу Колективного договору. Колективним договором, укладеним на 2019-2023рр., передбачено порядок оплати праці працівників закладу, зокрема:

1. Розміри схемних посадових окладів (ставок), їх підвищення, доплати, надбавки працівникам встановлювати у порядку, визначеному діючим законодавством, зокрема: спільним наказом Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України 308/519 від 05.10.2005 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» та постанов Кабінету Міністрів України від 29.12.2009 №1418 «Про затвердження Порядку виплати надбавки за вислугу років медичним та фармацевтичним працівникам державних та комунальних закладів охорони здоров'я», від 30.08.02 №1298

«Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери» (додаток 5 до Колективного договору).

2.Згідно Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України № 2190 від 18.11.04 р.- формування тарифної сітки (схеми посадових окладів) провадиться на основі тарифної ставки робітника першого розряду, яка встановлюється у розмірі, що перевищує законодавчо встановлений розмір мінімальної заробітної плати, а міжкваліфікаційних (міжпосадових) співвідношень розмірів тарифних ставок (посадових окладів).

3.Згідно ст. 96, 97,98 КЗпП, ст. 15,16 Закону України «Про оплату праці» проводити обов'язкову доплату лікарям за обслуговування задекларованих пацієнтів, пропорційно до відпрацьованого часу:

-для лікарів загальної практики-сімейної медицини та лікарів педіатрів 10% від коштів, які надходять за укладені декларації.

4.Згідно ст.98 КЗпП встановити доплату середньому медичному персоналу, пропорційно до відпрацьованого часу, 3 % від отриманих коштів за укладені декларації лікарів, за якими вони закріплені.

5.Згідно ст.12 ЗУ «Про відпустки» від 11.05.2011 р. №524 «Питання оплати праці працівників установ, закладів і організацій окремих галузей бюджетної сфери» проводити медичним, спеціалістам не медикам та іншому персоналу виплату допомоги на оздоровлення у розмірі посадового окладу під час надання основної щорічної відпустки в межах фонду оплати праці.

6.Здійснювати преміювання працівників в межах фонду заробітної плати згідно із розробленим Положенням про преміювання працівників п.5.10. (наказ МОЗ України №308/519 від 05.10.2005 р.) (додаток 8 до Колективного договору).

7.Забезпечити диференціацію заробітної плати працівникам, які отримують заробітну плату на рівні мінімальної в межах фонду оплати праці, шляхом встановлення доплат, надбавок, премій з урахуванням складності, відповідальності та умов виконуваної роботи, кваліфікації працівника,

результатів його роботи згідно постанови КМУ №1037 від 28.12.2016 р «Про оплату праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери».

Також, передбачено:

1) *скорочений робочий час* – 38,5 годин на тиждень для лікарського та середнього медичного персоналу;

2) *право на щорічну додаткову відпустку* за особливий характер праці тривалістю 7 календарних днів для лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та молодших медичних сестер та 4 календарних дні для прибиральниць, електромонтерів та медреєстраторів;

3) *право на додаткову відпустку за ненормований робочий день* тривалістю 7 календарних днів – головному лікарю, заст. головного лікаря, головному бухгалтеру, бухгалтеру, економісту, інженеру, завідувачу господарством;

4) *забезпечення спецодягом всіх працюючих* згідно Галузевих типових норм видачі спецодягу”.

З метою матеріального стимулювання працівників підприємства за сумлінне і якісне виконання поставлених перед ними завдань, забезпечення належного рівня виконавчої та трудової дисципліни Впроваджене Положення про преміювання працівників (як додаток до Колективного договору).

Згідно Положення за результатами роботи за місяць для визначення розміру премій враховується:

- виконання заходів та завдань, передбачених виробничими планами та планами науково-дослідних робіт;
- виконавча дисципліна (виконання окремих доручень керівництва, органів державної влади України);
- трудова дисципліна.

Преміювання працівників підприємства здійснюється за результатами роботи щомісячно в межах фонду заробітної плати, затвердженого кошторисом, у відсотках до посадового окладу, включаючи надбавки і доплати.

Індивідуальний розмір премій співробітникам встановлюється без обмежень і визначається:

- кожному працівникові за поданням керівника відділу;
- керівнику відділу за поданням заступника керівника підприємства.

Повністю або частково здійснюється позбавлення премії:

- систематичне запізнення на роботу, залишення робочого місця без поважних причин до 3 год. – позбавлення премії до 25%;
- невиконання завдань керівників підрозділів та робіт – позбавлення премії до 50%;
- поява на робочому місці в нетверезому стані – позбавлення премії до 100%;
- прогул, відсутність на робочому місці без поважних причин більше 3 год. – позбавлення премії до 100%.
- невиконання посадових та технологічних інструкцій:
- повторне протягом трьох місяців від попередження, але яке не спричинило виготовлення браку, інших фінансових втрат тощо – позбавлення премії до 25%.
- яке спричинило виготовлення браку, інші фінансові втрати тощо – позбавлення премії до 100%.

Передбачено також депреміювання лікарів:

- ✓ інфаркти в працездатному віці;
- ✓ інсульти в працездатному віці;
- ✓ онкологія в запущеній стадії;
- ✓ дитяча інвалідність;
- ✓ туберкульоз;
- ✓ скарги пацієнтів;
- ✓ охоплення щепленням не менше 75%.

Однак, згідно фінансового плану на 2020 р. середньомісячні витрати на оплату праці одного працівника передбачені лише у розмірі 6 749,6 грн., у тому числі:

- головного лікаря 10 225,0 грн.
- адміністративно-управлінський персоналу 6 634,0 грн.
- інших працівників 6 734,1 грн.

Важливим чинником, що визначає якість надання медичної допомоги є оснащення закладу охорони здоров'я необхідним медичним обладнанням та інструментами, а також стан приміщень, у яких надається медична допомога та їх наявність у радіусі 7 км.

Як показав проведений аналіз більшість амбулаторій є недоукомплектованими відповідно до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу[1]. Зокрема, 7 амбулаторій недоукомплектовані:

- Тонometr з набором манжет для вимірювання тиску дітям та дорослим (Частка укомплектованості 20-40%)
- Отоофтальмоскоп портативний (Частка укомплектованості 0%)
- Електрокардіограф портативний (Частка укомплектованості 0-50%).

Забезпеченість санітарним транспортом складає 50% від потреби, про що свідчать дані табл..2.11.

Таблиця 2.11 - Забезпеченість санітарним транспортом в розрізі амбулаторій

№ з/п	АЗПСМ	Норматив згідно табеля оснащення	Наявно	Питома вага забезпечення %	Потребує заміни
1.	м.Радивилів	1	-	-	-
2.	с.Козин	1	1	100	-
3.	с.Башарівка	1	1	100	-
4.	с.Дружба	1	1	100	-
5.	с.Хотин	1	1	100	-
6.	с.Ситне	1	-	-	-
7.	с.Теслугів	1	-	-	-
8.	с.Зарічне	1	-	-	-
Всього по ПМСД:		8	4	50,0	-

На протязі 2018-2020 років щороку на ремонт та оснащення існуючих приміщень закладу здійснювалося фінансування за рахунок коштів Державного та місцевого бюджету, у той же час були залучені кошти міжнародних організацій та благодійні внески.

Так, на 2020 рік передбачено придбання медичного обладнання 500,00 тис.грн. (аналізатор сечі, аналізатор крові, електрокардіограф).

Крім того, за благодійні кошти придбано металопрофіль на огорожу АЗПСМ с.Башарівка на суму 9000,00 грн.

За кошти Крупецької ОТГ виготовлено проектно-кошторисну документацію для проведення реконструкції ФАП с.Крупець в АЗПСМ на суму 71583,00 грн.

В рамках проекту Світового банку передбачено:

- реконструкція ФАПу під ЛА с. Крупець Радивилівського району (вартістю 273,47 тис. дол. США);
- капітальний ремонт ЛА с.Козин Радивилівського району (вартістю 42,67 тис. дол. США);
- капітальний ремонт ЛА с.Хотин Радивилівського району (1270,64 тис. дол. США);
- капітальний ремонт ЛА с.Ситне Радивилівського району (30,53 тис. дол. США).

Згідно Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики якість процесу надання медичної допомоги визначається наявністю та дотриманням клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги.

Саме Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги і медичні стандарти містять індикатори якості, за якими можна оцінити якість наданої медичної допомоги за певний період, в певному закладі охорони здоров'я.

Однак, розробку якісних проектів лікувально-діагностичного процесу на локальному рівні стримує уповільнена стандартизація процесу медичної допомоги на основі розробок доказової медицини на галузевому рівні.

Зокрема, в закладі розроблені і затверджені локальні клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою I-II і III стадії (Додаток Д). Клінічний протокол включає:

1. Ознаки та критерії діагностики
2. Умови, в яких повинна надаватись допомога
3. Лікувальна програма, яка передбачає:
 - тривалість лікування;
 - критерії якості медичної допомоги;
 - можливі побічні дії та ускладнення;
 - рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги;
 - вимоги до дієтичних призначень і обмежень;
 - вимоги до режиму праці і відпочинку;
 - перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту;
 - характеристика кінцевого результату.

Прикладом опису клінічного процесу є клінічний маршрут пацієнта з певним захворюванням, який містить алгоритм руху пацієнта по підрозділах закладу ПМД, пунктах контактів з лікарями та іншим медичним персоналом у процесі надання медичної допомоги, а також за потреби взаємодії між ЗОЗ при наданні медичної допомоги з метою виконання вимог стандарту, уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги (рис.2.3).

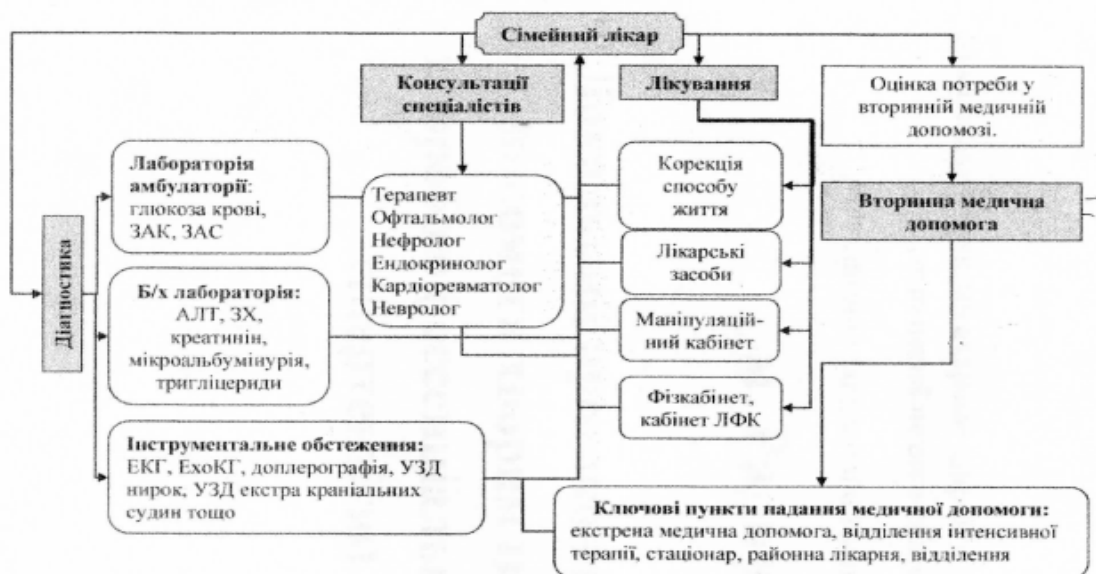


Рис. 2.3. Зразок клінічного маршруту пацієнта

Висновки до розділу 2

КНП «Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» є закладом охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу та здійснює управління медичним обслуговуванням населення Радивилівського району, вживає заходи з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Засновником, Власником та органом управління майном підприємства є територіальні громади Радивилівського району в особі Радивилівської райради.

Основним джерелом фінансування закладу охорони здоров'я є кошти, які надходять від Національної служби здоров'я України та місцевого бюджету. Згідно нової методики фінансування первинної медичної допомоги, враховується принцип "гроші ходять за пацієнтом", тобто, віковий склад населення, якому надається первинна медична допомога.

Медичне обслуговування населення здійснюється відповідно до затвердженого переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, у рамках надання яких медичний заклад забезпечує пацієнтів лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями.

Контроль якості надання медичної допомоги хворим в закладі здійснюється на трьох рівнях: самоконтроль, контроль з боку заступника головного лікаря, відомчий.

Проведений з використанням моделі якості А. Донабедіана аналіз якості надання медичної допомоги (якість структури, якість процесу, якість результату) за компонентами якості (доступність, безперервність, безпека, науково-технічний рівень лікування, зручність, професійна компетенція фахівців, орієнтація на пацієнта, мотивація медичних працівників) показав:

- відповідно до критеріїв спроможності (кількість населення, радіус обслуговування) сформована спроможна мережа надання первинної медичної допомоги (центр ПМД, амбулаторії групової практики, моно практики, центр здоров'я);

- первинна медична допомога лікарями медичного закладу надається пацієнтам безперервно відповідно до галузевих стандартів з дотриманням клінічних протоколів;

- заклад надає зручний та функціональний вид лікування «денний стаціонар»;

- в закладі запроваджено електронний документообіг, здійснено комп'ютеризацію, підключення до системи e-Health;

- фінансова доступність забезпечується через механізм повного або часткового відшкодування пацієнтам за рахунок коштів Державного бюджету України вартості лікарських засобів на підставі рецепта. (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму). Крім того, відшкодування вартості ліків здійснюється по районній програмі «Діти Радивилівщини»;

- згідно щорічних планів всі медичні працівники проходять курси підвищення кваліфікації та здобувають наступну або підтверджують вже отриману категорію (серед середнього медичного персоналу 55% мають вищу категорію та 14% - першу та другу, серед лікарів - 38% мають вищу категорію та 14 % першу та другу);

- відмічається неукомплектованість медичними кадрами по закладу (23 вакантні одиниці), що негативно впливає на якість надання медичної допомоги;

- підвищенню матеріальної зацікавленості лікарів та середнього медичного персоналу у результатах їх особистої праці сприяє нарахування обов'язкової доплати за укладені декларації з пацієнтами;

- більшість амбулаторій є недоукомплектованими відповідно до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я (зокрема, тонометрами, отоофтальмоскопами, електрокардіографами);

- щороку на ремонт та оснащення існуючих приміщень закладу здійснювалося фінансування за рахунок коштів Державного та місцевого бюджету, у той же час були залучені кошти міжнародних організацій та благодійні внески.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КНП « РАДИВИЛІВСЬКИЙ РАЙОННИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»

3.1.Планування задукоментованої системи управління якістю медичної допомоги на основі процесного підходу

Результати дослідження, представлені у 1-2 розділах кваліфікаційної роботи, засвідчили, що у вітчизняній медичній галузі на протязі останніх років відбулись кардинальні зміни у підходах до забезпечення якості медичної допомоги. Однак, відповідних дій у досліджуваному закладі охорони здоров'я у достатньому обсязі не запроваджено: численні стандарти у сфері охорони здоров'я, не охоплюють усі процеси управління якістю і викликають певні труднощі при їх адаптації до потреб даного медичного закладу . Вцілому плани діяльності закладу відповідають задекларованим цілям його функціонування, однак носять узагальнений характер і не пов'язуються з основним інструментом управління якістю – стандартизацією власне діяльності, її результатів та системи, в якій надається медична допомога.

Отже, якісна система управління закладом охорони здоров'я може бути створена на основі власних, внутрішніх стандартів організації діяльності, спрямованої на забезпечення якості медичної допомоги в конкретних умовах.

Обґрунтування системи управління якістю медичної допомоги, в основу якої покладається внутрішня стандартизація діяльності, доцільно розпочати з аналізу зовнішніх впливів макросередовища, у постійній взаємодії з яким перебуває заклад охорони здоров'я як відкрита система, і внутрішніх потенційних можливостей медичного закладу щодо надання якісної медичної допомоги, виявлених за результатами власного дослідження, що дозволить взяти до уваги ті, які найістотніше впливають на діяльність закладу і на які потрібно адекватно реагувати його керівництву, для чого необхідно впровадити стандартизовані технології управління.

Результати проведеного SWOT/PEST-аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища діяльності закладу відображені в табл.3.1.

Таблиця 3.1 –SWOT-аналіз КНП «Радивилівський районний центр ПМД»

	Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
Внутрішнє середовище	<ul style="list-style-type: none"> – Сформована спроможна мережа пунктів надання ПМД наближена до пацієнтів; – Досвідчений та кваліфікований персонал; – Знання медичним персоналом індивідуальних проблем і потреб жителів громади; – Запроваджено електронний документообіг, здійснено комп'ютеризацію, підключення до системи e-Health – Модернізовані робочі місця лікарів; – Відпрацьовані процеси маршрутизації та реєстрації пацієнтів; – Використання міжнародних уніфікованих протоколів та розробка локальних протоколів при наданні медичної допомоги; – Дотримання норм і вимог санітарно-епідеміологічної безпеки процесів надання медичної допомоги; – Робочі відносини зі вторинним рівнем побудовані на договірній основі; – Наявність кабінету чергового лікаря для обслуговування у вихідні і святкові дні; – Наявність «денного стаціонару» на 32 ліжко-місця; – Залучені кошти міжнародних організацій та благодійні внески ремонт та оснащення існуючих приміщень 	<ul style="list-style-type: none"> – Висока частка медпрацівників пенсійного та передпенсійного віку; – Неукомплектованість закладу медичними кадрами; – Низький рівень оплати праці медичного персоналу; – Недостатня укомплектованість амбулаторій відповідно до Примірного табеля матеріально-технічного забезпечення, значна частка застарілого технологічного медичного обладнання; – Необхідність проведення реконструкцій будівель та опалювальних систем амбулаторій – Відсутній сайт закладу; – Недостатній рівень компетенцій в написанні грантів; – Низький рівень залучення жителів громади до здорового способу життя ; – Відсутність внутрішнього маршрутного сполучення в громаді; – 24 % (червоний список) населення не охоплено договорами про медичне обслуговування; – Не задекларовані загальні наміри та напрямки діяльності закладу охорони здоров'я в сфері якості; – Відсутнє широке залучення співробітників до управління якістю медичної допомоги; – Відсутній зворотній зв'язок щодо рівня якості медичної

	Можливості (О)	Загрози (Т)
Зовнішнє середовище	<ul style="list-style-type: none"> - Продовження реформи сфери охорони здоров'я - Розвиток нормативно-правової бази ПМД в Україні - Можливості реалізації потенціалу ПМД через пріоритетні державні програми, зокрема «Доступні ліки»; - Активна позиція та зацікавленість громади у підвищенні якості медичної допомоги; - Підтримка місцевим бізнесом надавача медичної допомоги; - Зростання довіри до сімейних лікарів; - 100% покриття Інтернет в громаді; - Задовільний стан доріг в громаді; - Співпраця із міжнародними донорськими організаціями, які підтримують медицину - Бюджетна підтримка об'єднаних громад - За підтримки громади залучення молодих фахівців - Популяризація здорового способу життя та підвищення поінформованості громадян - Передбачуване підвищення оплати праці медичних працівників 	<ul style="list-style-type: none"> - Переключення жителів громади на інших сімейних лікарів; - Конкуренція з боку лікувальних закладів м.Дубно; - Відплив за межі громади кваліфікованих кадрів; - Перебої та недоліки щодо міжбюджетного фінансування закладів ПМД - Незадовільний демографічний процес (перевага смертністю над народжуваністю, еміграції над імміграцією) - Зростання рівня хронічних хвороб та інвалідності при стабільно високих показниках первинної захворюваності серед дитячого контингенту; - Обмеженість доходів населення і невідповідність вартості ліків прожитковому рівню - Пасивність громадян щодо власного здоров'я - Зростання епідемічних захворювань, низький рівень контролю відповідних служб - Несприятлива екологічна, політична та економічна ситуація, поширеність серед населення соціально небезпечних, психопатичних станів, що зумовлює загрозу здоров'ю населення

Відповідно до п.7.5 ДСТУ ISO 9001:2015 здійснення функцій управління якістю медичної допомоги, а саме: планування системи, організації, координації дій, прийняття управлінських рішень щодо впровадження і безперервного поліпшування системи управління якістю – неможливі без розробки відповідної документальної бази.

Документальна база поділяється за рівнями управління. Так, до складу документації стратегічного рівня повинні входити задокументовані політика і цілі в сфері якості з планами їх досягнення, тактичного рівня – «Настанова з якості», оперативного рівня – задокументовані методики, протоколи з якості, інші документи, що їх заклад охорони здоров'я визначив як потрібні для забезпечення результативного планування, функціонування та контролювання своїх процесів. До інших документів входять внутрішні нормативні документи, які використовуються в системі забезпечення якості медичної допомоги: вимоги ліцензування, стандарти акредитації, локальні нормативи медичної допомоги, правила внутрішнього трудового розпорядку, інструкції з користування обладнанням і медичною апаратурою, з охорони праці, правила техніки безпеки, Положення про структурні підрозділи, накази і розпорядження керівника закладу.

Як показав проведений у другому розділі аналіз системи управління якістю медичної допомоги, наявні, найбільш задокументовані та використовуються в процесі управління якістю медичної допомоги документи оперативного рівня управління медичною допомогою, відсутня задокументована інформація стратегічного та тактичного рівня. Формування цілісної задокументованої системи управління якістю доцільно розпочати з обґрунтування – Настанови з якості та Політики в сфері якості медичної допомоги. Що зумовлює наступний хід дослідження.

Головним документом тактичного рівня управління якістю медичної допомоги має стати «Настанова з якості» – це концептуальний документ, зміст якого повинен надавати повний опис системи управління якістю в даному

закладі охорони здоров'я. Вважаємо за доцільне впровадити наступну структуру «Настанови з якості»:

- загальна характеристика закладу охорони здоров'я і основні види його медичної діяльності, суб'єкти, об'єкти управління і блок інформації в системі;
- функціонально-матрична організаційна структура системи управління якістю, сфера її застосування, яка повинна поширюватись на усі процеси, що відбуваються в системі;
- задокументовані методики, встановлені національними стандартами у для системи управління якістю, або посилання на них;
- опис процесів та їх взаємодії в системі управління якістю.

До Переліку обов'язкових задокументованих методик доцільно включити:

- «Управління документацією»;
- «Управління протоколами з якості»;
- «Проведення внутрішнього аудиту»;
- «Управління неочікуваними результатами»;
- «Коригувальні дії»;
- «Попереджувальні дії».

Згідно ДСТУ ISO 9001 термін «Задокументована методика», означає, що методику розроблено, документально оформлено, упроваджено та підтримується.

Розглянемо особливості окремих складових Переліку обов'язкових задокументованих методик.

Так, до протоколів слід віднести документи, що містять свідоцтва виконання робіт та їх наслідки, зокрема:

- ідентифіковані та заповнені медичні карти пацієнтів, результати лабораторних досліджень, рецепти на лікарські препарати;
- протоколи з технічного обслуговування обладнання;
- протоколи аудиту, самооцінки, занять з персоналом, коригувальних дій;
- закупівельні заявки;

- свідоцтва ліцензування, результати сертифікації;
- експертні висновки, інші записи, у тому числі і про несприятливі, і неочікувані події внаслідок медичних втручань або перебування пацієнта у закладі охорони здоров'я.

Протоколи з якості у більшій своїй частині вже функціонують в системі забезпечення якості закладу і можуть бути використані в системі управління нею за умови доповнення їх набору протоколами: аудиту, самооцінки, картою моніторингу лікувально-діагностичного процесу.

Виходячи з того, що у закладі відсутній у документальному вигляді *Опис процесів та їх взаємодії*, як складової «Настанови з якості», необхідно на оперативному рівні задокументувати послідовність і зміст дій у кожному ідентифікованому процесі, з визначенням необхідних ресурсів, нормативно-правових документів, що регулюватимуть процес, і планових індикаторів для моніторингу, оцінки і вимірювань процесів у «ключових точках» – «входу», «процесу» і «виходу».

Ідентифіковані види діяльності з урахуванням визначених цілей доцільно розділити на:

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

Групи і види процесів у системі управління якістю медичної допомоги відображені у табл.3.2.

Що стосується *Опису лікувально-діагностичного процесу*, то в діючій системі забезпечення якості він представлений міжнародними і відповідними їм локальними протоколами медичної допомоги. Проведений у другому розділі аналіз їх змістовності засвідчив, що клінічний протокол містить опис основних складових лікувально-діагностичного процесу, а саме: клінічний огляд хворого, проведення діагностичних процедур, призначення лікування, реабілітаційні заходи, виписка.

Таблиця 3.2-Групи і види процесів у системі управління якістю медичної допомоги

№	Групи процесів	Види процесів у групі
1.	Процеси, необхідні для надання медичної допомоги	1.1. Лікувально-діагностичний процес за нозологічними формами. 1.2. Отримання згоди пацієнта на обробку персональних даних; отримання поінформованої згоди на медичні втручання.
2	Процеси управлінської діяльності керівництва (функції управління в сфері якості)	2.1. Процеси взаємодії з пацієнтами (визначення потреб у медичній допомозі, дотримання прав пацієнтів, моніторинг публікацій у засобах масової інформації, робота зі зверненнями громадян). 2.2. Розробка політики і стратегічних цілей в сфері якості медичної допомоги. 2.3. Планування діяльності з досягнення цілей на стратегічному, тактичному і оперативному рівнях управління. 2.4. Планування і розробка організаційної структури системи управління якістю. 2.5. Аналіз функціонування системи управління якістю. 2.6. Прийняття управлінських рішень з поліпшення якості медичної допомоги, ресурсного забезпечення та функціонування системи; впровадження новітніх технологій.
3	Процеси забезпечення якості ресурсів	3.1. Навчання і мотивація персоналу, визначення професійних потреб і очікувань від професійної діяльності. 3.2. Забезпечення якості інфраструктурних ресурсів (будівель, споруд, приміщень, транспорту, зв'язку). 3.3. Забезпечення якості робочого середовища (робочих місць та їх обладнання, параметрів робочого середовища). 3.4. Ресурсне забезпечення виконання протоколів медичної допомоги (медичні технології, медичне обладнання, лікарські засоби, вироби медичного призначення, інформаційно-комп'ютерні технології). 3.5. Забезпечення фінансовими ресурсами.
4	Процеси «зворотного зв'язку» в системі	4.1. Моніторинг, вимірювання і оцінка процесу і результатів медичної допомоги, процесів забезпечення ресурсами, процесів управління. 4.2. Аудит процесів, результатів, системи управління якістю. 4.3. Самооцінка системи управління якістю. 4.4. Аналіз даних моніторингу, аудиту, самооцінки.

Однак, в залежності від нозологічної форми, клінічні стани можуть мати свої особливості, а саме: стадії захворювання (гострі захворювання і дебют хронічних, стійка функціональна компенсація, нестійка компенсація, субкомпенсація і декомпенсація при хронічному перебігу), фази патологічного процесу (продромальна, розпалу, кризи, зворотного розвитку, стабілізації, функціонального відновлення), ступінь важкості (легка, помірна, виражена, крайня ступінь важкості), а вони в протоколах медичної допомоги є слабо структурованими, що ускладнюватиме надання медичної допомоги конкретному пацієнтові.

Тому, вважаємо за доцільне чітко виокремлювати перелік і обсяг дій у як в разі типового перебігу хвороби, так і при інших клінічних станах, що дозволить озброїти лікарів більш досконаліми задокументованими технологіями на кожен клінічний випадок.

Планові індикатори якості лікувально-діагностичного процесу доцільно формувати і включати до опису лікувально-діагностичного процесу з використанням «ключових точок» усіх його структурних елементів – «входу», «процесу», «виходу». Такий підхід дозволить охопити моніторингом можливості оцінки суттєвих його характеристик.

Для опису процесів доцільно застосовувати різні інструменти: текстові описи, таблиці, блок-схеми, карти процесів, матриці або комбінації перерахованих засобів представлення процесів, а також спеціальні засоби для опису, такі як BPWin, UML-діаграми, SADT-технології.

Особою, відповідальною за розробку, впровадження і підтримку функціонування системи управління якістю, координацію діяльності на тактичному рівні, узагальнення і аналіз даних моніторингу процесів, аудиту процесів і системи, самооцінки системи управління якістю в закладі доцільно наказом головного лікаря призначити заступника головного лікаря з медичної справи. Розробка політики і стратегічних цілей в сфері якості; управлінський аналіз якості; прийняття управлінських рішень з поліпшення якості покладається на головного лікаря.

Перспективна модель системи управління якістю медичної допомоги в закладі відображена на рис.3.1.

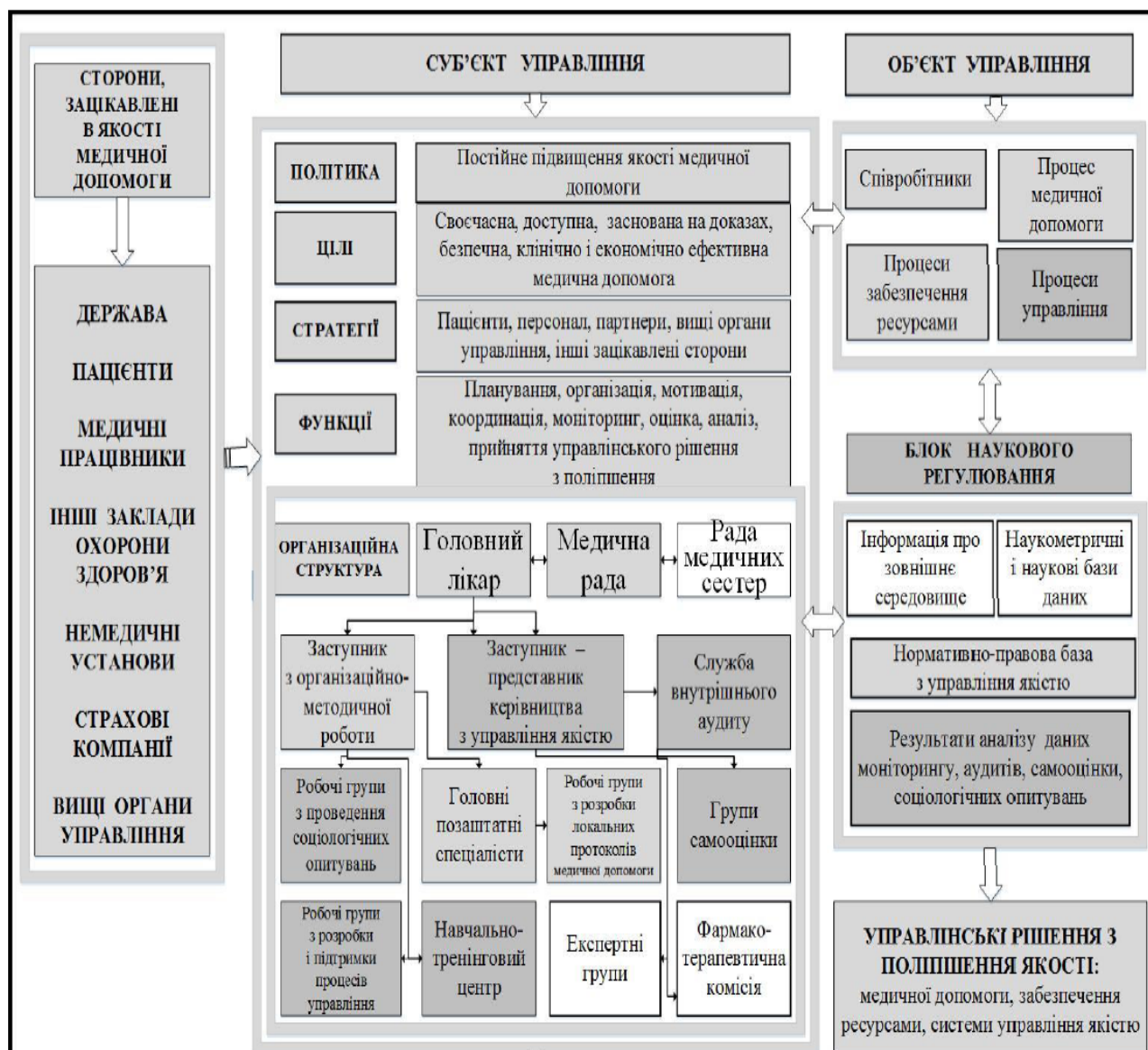


Рис.3.1. Перспективна модель системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

3.2.Визначення політики і цілей системи управління якістю в закладі охорони здоров'я

Як показали проведені у другому розділі дослідження, основною метою функціонування досліджуваного закладу задекларовано надання відповідних видів первинної медичної допомоги. Переосмислення цільового призначення діяльності у напрямку надання якісної медичної допомоги (наскільки цілі його діяльності орієнтовані на досягнення саме якості медичної допомоги), враховуючи її характеристики (компоненти), не знайшло свого відбитку в установчих документах, засвідчило їх неповну структуру, слабку диференціацію, узагальнений характер. У той же час встановлення цілей в сфері якості як на рівні закладу так і в межах окремих структурних підрозділів є системо утворюючим елементом, що започаткує побудову усієї системи управління якістю медичної допомоги.

З огляду на вищезначене і керуючись положеннями концепції стратегічного управління в охороні здоров'я і принципу всебічного менеджменту якості «Лідерство», об'єднаними з положеннями ДСТУ ISO 9001:2015, керівництво повинно задекларувати загальні наміри та напрямки діяльності закладу охорони здоров'я в сфері якості, а також прийняття своєї відповідальності за якість медичної допомоги, як вищої цінності для пацієнта та інших зацікавлених у якості сторін. Проведений аналіз теоретичних підходів до формування та впровадження системи управління якістю закладу охорони здоров'я та стану управління якістю в досліджуваному підприємстві дозволили розробити наступний варіант *Політики в сфері якості медичної допомоги*:

Політика в сфері якості медичної допомоги

1. Загальні наміри

Місія

Ми, команда Комунального некомерційного підприємства «Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» забезпечуємо доступну, безперервну, кваліфіковану, якісну медико-профілактичну допомогу, спрямовану на задоволення потреб громади у

відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя на основі спадкоємності традицій та інновацій.

Візія

Колектив Комунального некомерційного підприємства працює однією командою на спільний результат – «Здоровий пацієнт – здорова родина – здорова та успішна громада».

Цінності

- *Служіння громаді.* Ми ставимо пацієнтів, їх потреби та побажання на перше місце. Ми турбуємося про здоров'я своїх пацієнтів, населення громади, надаючи всебічну, безперервну і орієнтовану на пацієнта ПМД, зберігаючи здоров'я власного персоналу. У той же час кожен медпрацівник у нашій команді, сповідуючи клятву Гіппократа, готовий зробити для здоров'я кожного пацієнта більше, ніж просто перелік обов'язкових дій, які входять до його посадових обов'язків.

- *Якісні послуги, ефективне лікування та профілактика.* Ми надаємо якісну доступну медичну допомогу для всіх категорій населення, незалежно від майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, місця їх проживання на території громади, приділяючи особливу увагу малозахищеним. У фокусі уваги – профілактичні заходи. Результативність у досягненні найкращих результатів на основі наукових знань та принципів доказової медицини.

- *Відповідальність, взаємоповага, довіра, порядність.* Ми несемо відповідальність за стан здоров'я нашої громади, реалізуючи принцип «Ваше здоров'я в надійних руках», діємо на засадах порядності, взаємоповаги та довіри. Відроджуємо цінність сімейної медицини.

Основний принцип нашої роботи - індивідуальна відповідальність за свою ділянку роботи і колективна відповідальність за загальний результат.

- *Командна робота та прагнення до розвитку.* Ми команда кваліфікованих спеціалістів з активною життєвою позицією, сучасними знаннями, практичними навиками, інноваційним мисленням та необхідними компетенціями для задоволення потреб громади у якісній первинній медичній допомозі. Ми

заохочуємо персонал до розвитку та самовдосконалення, набуття нових знань та навичок щодо сучасних методів лікування та профілактики, обмін ними.

- *Комфортні умови для клієнтів і персоналу.* Ми створюємо максимально комфортні умови та дружню атмосферу для пацієнтів і персоналу, забезпечуючи необхідним обладнанням, ефективно управляючи ресурсами.
- *Любов до своєї професії та повага до пацієнта.* В основі діяльності персоналу закладу лежить любов до своєї професії та надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби жителів громади, у тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря. Ми забезпечуємо психологічний комфорт кожного пацієнта, а також обов'язково дотримуємося умов конфіденційності.

2. Основні напрямки Політики в сфері якості медичної допомоги

2.1. Політика по відношенню до пацієнтів

Ми орієнтуємось на задоволеність поточних і майбутніх потреб наших пацієнтів у якісній медичній допомозі, а також намагаємось випередити їх очікування.

2.2. Політика по відношенню до персоналу

Ми постійно заохочуємо професійний розвиток персоналу, участь фахівців в управлінні якістю медичної допомоги, забезпечуємо безперервну післядипломну освіту фахівців, створюємо умови для мотивації їх до високопродуктивної праці та усвідомлення ними відповідальності за її результати.,

2.3. Політика по відношенню до партнерів і держави

Ми будуємо наші стосунки з партнерами на основі взаємовигідного довготривалого відкритого співробітництва, довіри та ефективних комунікацій, розуміння спільних цілей в сфері якості медичної допомоги. Ми проводимо задекларовану на державному, галузевому і регіональному рівнях політику в сфері якості шляхом дотримання вимог нормативно-правових актів.

3. Шляхи реалізації Політики

3.1. Створення документованої системи управління якістю на основі європейських підходів до якісних систем охорони здоров'я, вимог національних стандартів на системи управління якістю – ДСТУ ISO 9001:2015, набутого досвіду та інновацій. Результативність діяльності системи обумовлюється її постійним розвитком і вдосконаленням.

3.2. Постійне поліпшення якості медичної допомоги шляхом запровадження, дотримання, періодичний перегляд і оновлення медичних технологій на основі доказової медицини, яка передбачає єдину ідеологію профілактики, діагностики і лікування.

3.3. Створення умов для залучення та заохочення всіх працівників до управління якістю медичної допомоги.

3.4. Керівництву закладу охорони здоров'я делегуються повноваження з організації діяльності, спрямованої на постійне поліпшення якості медичної допомоги, лікувально-діагностичного процесу, ефективності використання ресурсів, а також прийняття відповідальності за результативність системи управління якістю медичної допомоги, як вищої цінності для пацієнта та інших зацікавлених у якості сторін.

3.3. Організація моніторингу, оцінки та аналізу якості за клінічними та організаційними індикаторами

Відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015 прийняття управлінських рішень в системі управління якістю повинно здійснюватись на основі достовірної інформації з різних джерел, отриманої шляхом моніторингу, внутрішніх аудитів системи, процесів, результатів, самооцінки системи.

На відміну від обмежених суб'єктивних даних експертних оцінок та узагальнених даних офіційної медичної статистичної звітності інформація щодо ступеню відповідності якості медичної допомоги її компонентам, з урахуванням потреб зацікавлених сторін (не лише пацієнтів, але й

співробітників, які пов'язують свої інтереси з конкретним місцем роботи, де можливо реалізувати набуті професійні здібності та отримати матеріальну винагороду), отримана з різних джерел на основі процесного підходу за структурованими індикаторами інформація дозволить керівництву приймати правильні рішення з поліпшення якості медичної допомоги, ресурсного забезпечення та управління системою якості медичної допомоги.

За результатами проведеного SWOT-аналізу відсутність задокументованого зворотного зв'язку з зацікавленими у якісній медичній допомозі сторонами та слабе залучення персоналу до управління якістю медичної допомоги визначено в якості слабких сторін діяльності закладу.

Спрямованість системи управління якістю на задоволення потреб у якісній медичній допомозі цільової групи населення обумовила першочергове проведення оцінки її ефективності шляхом визначення як рівня задоволеності лікарів професійною діяльністю, так і оцінки їх діяльності як елементу внутрішнього аудиту.

Зразок анкети щодо задоволеності професійною діяльністю лікарів відображено в табл.3.3

На нашу думку, саме широке використання соціологічного методу слугуватиме одним з інформаційних джерел формування політики і цілей в системі управління якістю, соціальної оцінки якості медичної допомоги за нозологічною ознакою, засобом впливу на медичних працівників з метою досягнення поставлених завдань в сфері якості медичної допомоги за рахунок встановлення з ними зворотного зв'язку.

Як свідчать рекомендації науковців та національних стандартів на системи менеджменту якості в охороні здоров'я, результати опитування лікарів дають змогу виявити ряд проблемних системних ситуацій в організації їх професійної діяльності, що може бути покладено в основу удосконалення кадрової політики в системі управління якістю медичної допомоги. Врахування думки медичних працівників сприятиме постійному поліпшенню якості медичного

обслуговування, а увага керівництва до потреб медичного персоналу – підвищенню мотивації останнього до якісної праці.

Таблиця 3.3 - Анкета щодо задоволеності професійною діяльністю лікарів

№	Зміст запитань анкети	індекс задоволеності (у балах)
1.	Можливість підвищення рівня професійних знань	
1.1	– на циклах післядипломної освіти	
1.2	– на робочому місці	
1.3	– участь у професійних форумах	
1.4	– умови для самостійного навчання	
2	Інформаційне забезпечення	
2.1	– доступ до нормативних документів	
2.2	– наявність методичних матеріалів	
2.3	– наявність інструкцій з ОП та ТБ на робочому місці	
3	Умови праці	
4	Рівень заробітної плати	
5	Стосунки в колективі	
6	Оперативність взаємодії	
6.1	– з лабораторією	
6.2	– з діагностичними кабінетами	
6.3	– з лікарями вторинної ланки	
6.4	– з господарчими службами	
6.5	– з адміністрацією закладу	
7	Рівень самостійності в роботі	
8	Рівень залучення до управління якістю медичної допомоги	
9	Стосунки з пацієнтами/їх батьками	

З метою проведення внутрішнього аудиту роботи закладу щодо якості надання медичної допомоги доцільно затвердити критерії оцінки роботи лікаря, які відображені в табл.3.4.

У разі недотримання вищенаведених критеріїв, заступник головного лікаря вживає відповідних заходів щодо їх усунення та наступного місяця доповідає головному лікарю про результат виконання цих заходів.

*Задоволеність медичною допомогою пацієнтів за даними
соціологічного опитування*

Важливою складовою пацієнт-орієнтованої медичної допомоги є вивчення громадської думки про діяльність закладу охорони здоров'я та його співробітників. На даний час стратегія управління взаємодією з пацієнтами передбачає розгляд звернень громадян, повідомлень в засобах масової інформації та особисте спілкування громадян з адміністрацією закладу.

Найбільш повну уяву про сприйняття громадянами ступеня виконання їх вимог до медичного обслуговування та результатів отриманої медичної допомоги, на відміну від окремих епізодів незадоволеності, що висловлюються у зверненнях громадян або публікуються у пресі, надають результати соціологічних досліджень. Думку пацієнта можна використовувати як інформаційну складову для виявлення керівником закладу проблемних областей в організації медичної допомоги та як критерій оцінки її якості.

Результати дослідження, проведені у другому розділі, засвідчили, що регулярна цілеспрямована діяльність з проведення соціологічних опитувань пацієнтів та жителів громади, не налагоджена: відповідні заходи не відображені у планах роботи як загалом по закладу, так і у планах відокремлених підрозділів. У Положеннях про структурні підрозділи, посадових інструкціях зобов'язання керівників і персоналу щодо організації і участі у проведенні соціологічних опитувань не представлені. Як наслідок, свідоцтв фактичного проведення опитувань з аналізом їх результатів та використання керівництвом закладу для підвищення рівня задоволеності пацієнтів не виявлено. Однією з причин такого стану є відсутність методичного забезпечення даної функції управління якістю – зворотного зв'язку з пацієнтами та недостатній рівень обізнаності медичного персоналу з даного питання.

Ступінь задоволеності пацієнтів визначається відмінностями між їхніми очікуваннями «ідеальної медичної допомоги/послуги» та сприйняттям реальної

допомоги. Задоволеність чи не задоволеність пацієнтів може стати, індикатором їхньої клієнтської поведінки, вплинути на стосунки з лікарем, відвідування медичного закладу, написання скарг та ін. Інструментом дослідження доцільно обрати попередньо розроблену структуровану анкету (табл.3.6).

Таблиця 3.6 - Анкета опитування пацієнтів щодо задоволеності якістю медичної допомоги

№	Зміст запитань анкети	індекс задоволеності (у балах) 1-10
1	Задоволеність результатами звернення до лікаря/ професійною компетентністю лікаря	
2	Можливість отримувати усі необхідні діагностичні дослідження в даному закладі	
3	Своєчасність отримання діагностичних процедур	
4	Фінансова доступність медикаментів	
5	Ставлення лікаря до пацієнта/ Ретельність підходу до ваших проблем	
6	Ставлення медичних сестер до пацієнта	
7	Дотримання прав пацієнта	
8	Можливість поспілкуватися з лікарем по телефону	
9	Зрозумілість рекомендацій лікаря з продовження лікування	
10	Доступність, зручність розташування закладу охорони здоров'я	
11	Санітарно-гігієнічні умови закладу, комфортність перебування у закладі	
12	Інформаційне забезпечення надання медичної допомоги	
13	Можливість отримання додаткових медичних послуг	

Забезпечення об'єктивності інформації досягається її використанням з різних джерел. Анкету щодо потреб і задоволення наданою медичною допомогою доцільно насамперед розмістити на сайті закладу охорони здоров'я, в регістратурі, амбулаторіях і ФАПх, в мережі Facebook. Якщо є необхідність більш детально дослідити причини незадоволення послугами або потреби, можна провести фокус-групи (групові інтерв'ю) з різними групами населення громади (за віком, статтю, станом здоров'я тощо).

Виявити і виділити “вузькі місця” якості надання медичної допомоги та задоволення запитів жителів громади у первинній медичній допомозі допоможе моніторинг думки жителів громади, громадських організацій шляхом розміщення анкети на сайті Радивилівської районної ради (табл.3.7).

Таблиця 3.7 - Анкета опитування жителів громади щодо якості первинної медичної допомоги

1. Доступність:	Якою є психологічна, фізична, фінансова доступність медичної допомоги ? Чи надається допомога у зручному місці у зручний час і чи не доводиться надто довго її очікувати? Чи контакти з персоналом закладу є легкі і приємні?
2. Надійність:	Наскільки постійним є рівень якості послуг і наскільки вони надійні? Чи виконуються прийняті згідно декларацій зобов'язання?
3. Репутація:	Чи можуть споживачі довіряти закладу та його персоналу? Чи є гарантії серйозного відношення до пацієнтів ?
4. Безпечність:	Чи не пов'язане надання допомоги з небезпекою та ризиком? Яким чином пацієнти захищені від ризику фізичного, фінансового, морального?
5. Турбота про пацієнта:	Чи є свідчення того, що надавач допомоги дійсно розуміє, чого від нього очікує споживач? Чи заклад пристосовується до запитів пацієнтів?
6. Оперативність:	Наскільки швидко реагує персонал закладу на проблеми, прохання і запитання пацієнтів?
7. Привітність:	Наскільки персонал закладу ввічливий і тактовний зпацієнтом? Як проявляється шанобливість, уважність і дружелюбність персоналу?
8. Компетентність:	Чи володіє персонал підприємства навичками та кваліфікацією, необхідними для надання допомоги високого рівня якості?
9. Рівень комунікації:	Чи є інформація про медичну допомогу точною, чіткою, зрозумілою? Чи інформація закладу щодо пропонованих медичних послуг є адаптованою до особливостей громади?
10. Відчутні (матеріальні) фактори матеріальне середовище	Наскільки успішно представлені матеріальні докази якості медичної допомоги, що надається (зовнішній вигляд персоналу, оформлення, стан та інтер'єр приміщення, забезпеченість сучасною апаратурою, транспортом)?

Висновки до 3 розділу

Виявлено, що в рамках існуючої системи забезпечення якості медичної допомоги в закладі використовуються лише окремі класичні функції управління (координації і контролю), що унеможлиблює системне управління якістю.

На основі проведеного SWOT - аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища діяльності закладу встановлено слабкі сторони діяльності закладу, що негативно впливають на якість надання медичної допомоги, а саме: процес стандартизації лікувально-діагностичного процесу не набув необхідного обсягу, низький рівень залучення співробітників до управління якістю, недосконала система зворотних зв'язків з регулювання якості медичної допомоги, організації моніторингу і оцінки якості лікувально-діагностичного процесу та координації дій його учасників, забезпечення ресурсами відповідно до стандартів.

Запропонована модель системи управління якістю медичної допомоги в основу якої покладається внутрішня стандартизація діяльності. На відміну від діючої системи забезпечення якості запропонована модель базується на цілепокладанні на основі компонентів якості медичної допомоги, виокремлення необхідних для досягнення цілей видів діяльності (процесів) як об'єктів управління в системі, передбачає широке залученням співробітників до управління якістю, систему зворотного інформаційного зв'язку, яка охоплює основні і допоміжні процеси шляхом індикації їх структурних елементів («входу»-«процесу»-«виходу»).

Обґрунтовано структуру «Настанови з якості» як головного документа тактичного рівня управління якістю медичної допомоги. Ідентифіковано групи і види процесів у системі управління якістю медичної допомоги та встановлено їх взаємозв'язок.

Розроблено «Політику в сфері якості медичної допомоги» (місія, візія, цінності, основні напрямки і шляхи реалізації) як головного документа стратегічного рівня для досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Сформовано анкету щодо задоволеності професійною діяльністю лікарів закладу, аналіз яких дозволить ширше залучати персонал до управління якістю медичної допомоги та приймати обґрунтовані управлінські рішення щодо кадрової політики та мотивації персоналу.

Удосконалено модель внутрішнього аудиту та самооцінки системи управління якістю закладу охорони здоров'я, запропоновані критерії та шкала оцінки роботи лікаря.

Обґрунтовано доцільність соціологічних опитувань задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги як складової пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги. Розроблені анкети для опитування пацієнтів закладу щодо якості наданої медичної допомоги та жителів громади щодо стану системи охорони здоров'я в громаді, що підвищить ефективність зворотніх зв'язків та надасть повну уяву про сприйняття громадянами ступеня виконання їх вимог до медичного обслуговування та результатів отриманої медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

На основі узагальнення теорії та вивчення сучасної практики управління якістю медичної допомоги сформульовано наступні висновки методологічного і науково-прикладного характеру, які відображають досягнення поставленої мети і завдань дослідження:

У ринковій економіці якість є одним з показників ефективності будь-якої діяльності, науково-технічного, економічного і соціального прогресу, найважливішим чинником підвищення рівня життя населення, економічної, соціальної й екологічної безпеки країни.

Створення систем управління якістю медичної допомоги є одним з пріоритетних напрямків реформування охорони здоров'я, що визначає як поточні, так і стратегічні перспективи діяльності будь-якого медичного закладу.

Якість медичної допомоги розглядається як рівень досягнення системами охорони здоров'я суттєвих цілей у поліпшенні здоров'я і відповідності справедливим очікуванням населення, а основними її складниками є: ефективність, раціональність, доступність, справедливість, безпечність, зосередженість на пацієнті.

Першою концептуальною моделлю управління якістю медичної допомоги вважається трьохкомпонентна модель А. Донабедіана, яка включає: якість структури, якість процесу і результату.

В подальшому виділили професійну, бюрократичну (технократичну) та індустріальну (ринкову) моделі управління якістю медичної допомоги, які поступово змінювали одна одну, залишаючись в тісному поєднанні.

Покращання якості описується циклом Демінга Plan-Do-Check-Act.

У світовому вимірі організаційні моделі управління якістю медичної допомоги представлені моделлю управління якістю, викладеною в міжнародних стандартах ISO серії 9000 на системи управління якістю, моделями ділової (організаційної) досконалості, а також акредитацією.

Проведений аналіз нормативно-правових документів засвідчив активну діяльність МОЗ України з регламентації забезпечення якості медичної

допомоги медико-технологічними документами, належними умовами, в яких надається медична допомога та професійна діяльність співробітників, табелями оснащення медичним обладнанням, що відповідає в цілому, запровадженню моделі забезпечення якості медичної допомоги А. Донабедіана.

Комунальне некомерційне підприємство «Радивилівський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» є закладом охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу та здійснює управління медичним обслуговуванням населення Радивилівського району, вживає заходи з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Засновником, Власником та органом управління майном підприємства є територіальні громади Радивилівського району в особі Радивилівської райради.

Основним джерелом фінансування закладу охорони здоров'я є кошти, які надходять від Національної служби здоров'я України та місцевого бюджету. Згідно нової методики фінансування первинної медичної допомоги, враховується принцип "гроші ходять за пацієнтом", тобто, віковий склад населення, якому надається первинна медична допомога.

Медичне обслуговування населення здійснюється відповідно до затвердженого переліку медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, у рамках надання яких медичний заклад забезпечує пацієнтів лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями.

Контроль якості надання медичної допомоги хворим в закладі здійснюється на трьох рівнях: самоконтроль, контроль з боку заступника головного лікаря, відомчий.

Проведений з використанням моделі якості А. Донабедіана аналіз якості надання медичної допомоги (якість структури, якість процесу, якість результату) за компонентами якості (доступність, безперервність, безпека, науково-технічний рівень лікування, зручність, професійна компетенція фахівців, орієнтація на пацієнта, мотивація медичних працівників) показав:

- відповідно до критеріїв спроможності (кількість населення, радіус обслуговування) сформована спроможна мережа надання первинної медичної

допомоги (центр ПМД, амбулаторії групової практики, моно практики, цент здоров'я);

- первинна медична допомога лікарями медичного закладу надається пацієнтам безперервно відповідно до галузевих стандартів з дотриманням клінічних протоколів;

- заклад надає зручний та функціональний вид лікування «денний стаціонар»;

- в закладі запроваджено електронний документообіг, здійснено комп'ютеризацію, підключення до системи e-Health;

- записатися на прийом до лікаря можна особисто, по телефону, електронною поштою або іншими доступними засобами телекомунікації;

- фінансова доступність забезпечується через механізм повного або часткового відшкодування пацієнтам за рахунок коштів Державного бюджету України вартості лікарських засобів на підставі рецепта. (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму). Крім того, відшкодування вартості ліків здійснюється по районній програмі «Діти Радивилівщини»;

- згідно щорічних планів всі медичні працівники проходять курси підвищення кваліфікації та здобувають наступну або підтверджують вже отриману категорію (серед середнього медичного персоналу 55% мають вищу категорію та 14% - першу та другу, серед лікарів - 38% мають вищу категорію та 14 % першу та другу);

- відмічається неукомплектованість медичними кадрами по закладу (23 вакантні одиниці), що негативно впливає на якість надання медичної допомоги;

- підвищенню матеріальної зацікавленості лікарів та середнього медичного персоналу у результатах їх особистої праці сприяє нарахування обов'язкової доплати за укладені декларації з пацієнтами;

- більшість амбулаторій є недоукомплектованими відповідно до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я (зокрема, тонометрами, отоофтальмоскопами, електрокардіографами);

- щороку на ремонт та оснащення існуючих приміщень закладу здійснювалося фінансування за рахунок коштів Державного та місцевого бюджету, у той же час були залучені кошти міжнародних організацій та благодійні внески. На протязі 2019-2020рр. інвестовано в основні засоби 900тис.грн.

Виявлено, що в рамках існуючої системи забезпечення якості медичної допомоги в закладі використовуються лише окремі класичні функції управління (координації і контролю), що унеможлиблює системне управління якістю.

На основі проведеного SWOT - аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища діяльності закладу встановлено слабкі сторони діяльності закладу, що негативно впливають на якість надання медичної допомоги, а саме: процес стандартизації лікувально-діагностичного процесу не набув необхідного обсягу, низький рівень залучення співробітників до управління якістю, недосконала система зворотних зв'язків з регулювання якості медичної допомоги, організації моніторингу і оцінки якості лікувально-діагностичного процесу та координації дій його учасників, забезпечення ресурсами відповідно до стандартів.

Запропонована модель системи управління якістю медичної допомоги в основу якої покладається внутрішня стандартизація діяльності. На відміну від діючої системи забезпечення якості запропонована модель базується на цілепокладанні на основі компонентів якості медичної допомоги, виокремлення необхідних для досягнення цілей видів діяльності (процесів) як об'єктів управління в системі, передбачає широке залученням співробітників до управління якістю, систему зворотного інформаційного зв'язку, яка охоплює основні і допоміжні процеси шляхом індикації їх структурних елементів («входу»-«процесу»-«виходу»).

Обґрунтовано структуру «Настанови з якості» як головного документа тактичного рівня управління якістю медичної допомоги. Ідентифіковано групи

і види процесів у системі управління якістю медичної допомоги та встановлено їх взаємозв'язок.

Розроблено «Політику в сфері якості медичної допомоги» (місія, візія, цінності, основні напрямки і шляхи реалізації) як головного документа стратегічного рівня для досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Сформовано анкету щодо задоволеності професійною діяльністю лікарів закладу, аналіз яких дозволить ширше залучати персонал до управління якістю медичної допомоги та приймати обґрунтовані управлінські рішення щодо кадрової політики та мотивації персоналу.

Удосконалено модель внутрішнього аудиту та самооцінки системи управління якістю закладу охорони здоров'я, запропоновані критерії та шкала оцінки роботи лікаря.

Обґрунтовано доцільність соціологічних опитувань задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги як складової пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги. Розроблені анкети для опитування пацієнтів закладу щодо якості наданої медичної допомоги та жителів громади щодо стану системи охорони здоров'я в громаді, що підвищить ефективність зворотніх зв'язків та надасть повну уяву про сприйняття громадянами ступеня виконання їх вимог до медичного обслуговування та результатів отриманої медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Законодавство у сфері охорони здоров'я. Режим доступу: [http:// www.ombudsman.gov.ua/ua/page/sehl/provisions/zakonodavstvo-u-sferi-oxoroni-zdorovya.html](http://www.ombudsman.gov.ua/ua/page/sehl/provisions/zakonodavstvo-u-sferi-oxoroni-zdorovya.html) - назва з екрану
2. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : Наказ МОЗ України від 16.09.2011 N 597 - Режим доступу: [http:// www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua)
3. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 20.07.2011 N 427- Режим доступу: : [http:// www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua)
4. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 - Режим доступу: : [http:// www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua)
5. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752- Режим доступу: : [http:// www.zakon.rada.gov.ua](http://www.zakon.rada.gov.ua)
6. ISO 9000:2015. "Quality management systems — Fundamentals and vocabulary" (IDT), ISO, 2015, 51 p.
7. Аристотель. Метафізика. / Аристотель / [Соч. в 4-х т. Т.1. Пер. с древнегреч.] М. : Мысль, 1976. С.63
8. Бандирська О. Якість. Розуміння, підхід, трактування. СТАНДАРТИЗАЦІЯ СЕРТИФІКАЦІЯ ЯКІСТЬ. 2013. №1. С.54-60
9. Безродна С. М. Управління якістю: навч. посіб. для студентів економічних спеціальностей. Чернівці: ПБКФ «Технодрук», 2017. 174 с.
10. Безродна С. М. Управління якістю продукції на основі досвіду радянських та зарубіжних систем . Сталий розвиток економіки. 2012. №7 (17). С. 351-355.
11. Вакулєнко А. В. Управління якістю : навч.-метод. посіб.. Київський національний економічний ун-т. К. : КНЕУ, 2014. 168 с.
12. Вороненко Ю. В., Горачук В. В., Криштопа Б. П. Історичні етапи менеджменту якості: досвід для сучасної системи охорони здоров'я. Україна.

Здоров'я нації. 2012. № 23 (22 — 23). С. 70-73.

13. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Курило Т. М. Нормативно-правове забезпечення організації надання медичної допомоги на етапі реформування сфери Охорони Здоров'я . Ліки України плюс. 2012. № 3-4. С. 31-33

14. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти . Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1. С. 39-46

15. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Горачук В.В. Самооцінювання як складова підготовки системи управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я до сертифікації на відповідність ДСТУ ISO 9001:2009. Український медичний часопис. 2014. № 2. С. 36-39

16. Вороненко Ю. В. Категорія якості у сфері охорони здоров'я: трансформація поняття / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, А. Г. Круть, В. В. Горачук // Здоров'я суспільства. 2019. Т. 8, № 1. С. 1-6.

17. Гегель Г. Работы разных лет. / [Пер. с нем. В 2-х томах. Т.1.]. М.: Мысль, 1973. 630 с.

18. Гольцев Д. Г. Сутність та маркетинговий підхід до поняття «якість» у системі управління якістю. Актуальні проблеми економіки. 2009. №3. С. 79-87.

19. Горачук В. В. Стан і перспективи стандартизації медичної допомоги в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2011. № 4(20). С.97-100.

20. Горачук В. В. Проблеми і перспективи управління якістю медичної допомоги в Україні. Матеріали XIV-го Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (Донецьк, 04 - 06 жовтня 2012 р.). Донецьк – Київ – Чикаго : СФУЛТ, 2012. С. 26

21. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги: науково-практичні підходи до вдосконалення // Тези Науково-практичної конференція з міжнародною участю «Організація та управління охороною здоров'я». С.32
Режим доступу http://www.hcm.in.ua/wp-content/uploads/Tezisy_hcm_2016_a5_.pdf (дата звернення:30.09.2020).

22. Горачук В. В., Карета О. П. Досвід проектування та реалізації процесів управління в системі якості медичної допомоги. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2014. Вип. 23(1). С. 385-392
23. Горачук В. В. ДСТУ ISO 9001:2009: інформаційна модель системи управління якістю. Медична інформатика та інженерія. 2016. № 1. С. 62-64.
24. Деминг Эдвардс У. Выход из кризиса. [Пер. з англ.]. Тверь: Альба, 1994. 498 с.
25. Джуран Д. Всеобщее управление качеством. С. Пб. : Victory, 2002. 256 с.
26. Єремєєва С. Теоретичні засади державного управління в сфері охорони здоров'я. Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу "Києво-Могилянська академія"]. Серія: Державне управління. 2017. Т. 290, Вип. 278. С. 59-63.
27. Загальні відомості про стандарти ISO серії 9000 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://knowledge.allbest.ru/.../2c0a65635b3ad78b5d5>
28. Зюков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги». Охорона здоров'я України. 2007. № 3–4. С. 54-59
29. Іванюта П.В. Особливості державного формування системи управління якістю в Японії. Економіка та держава. 2010. № 10. С. 144-147.
30. Кривощоків В. І. Управління якістю : навч. посіб. Національний гірничий ун-т. – 2-ге вид., переробл. і доп. Д. : Наука і освіта, 2008. 309 с.
31. Ланциські Є. Основи комплексного управління якістю (TQM) (пер.з пол.). К.: КНТЕУ, 2006. 289 с.
32. Лапідус В. А. Діалог консультанта з керівником компанії : Про загальне управління якістю (TQM) та стандарти ISO 9000 версії 2000 року : метод. посіб. Д. : АРТ-ПРЕС, 2005. 92 с.
33. Литвинова О. Н., Петрашик Ю.М., Юріїв К.Є. Якість медичної допомоги – основна професійна орієнтація при підготовці фахівця у вищій школі. Медична освіта. 2014. № 4. С. 82-84.
34. Лойко Д. П. Управління якістю: навч. посіб. / Д. П. Лойко, О. В. Вотченікова, М. А. Котляр, О. П. Удовіченко. Донецький національний ун-т

економіки і торгівлі ім. М. Туган-Барановського. Донецьк : ДонНУЕТ, 2008. 230 с.

35. Мазур И. И., Шапиро В.Д. Управление качеством .М.: Финансы, 2010. 324 с.

36. Мережко Н.В., Осієвська В.В., Ясинська Н.С. Управління якістю. К.: КНТЕУ, 2010. 216 с.

37. Мозолюк В. О. Системне управління якістю : навч. посіб. Національний ун-т кораблебудування ім. адмірала Макарова. Миколаїв : Видавництво НУК, 2005. 102 с.

38. Момот О.І. Менеджмент якості та елементи системи якості: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2007. 368 с.

39. Орлов П.А. Впровадження систем управління якістю: стан, проблеми, перспективи . Стандартизація, сертифікація, якість. 2013. № 6. С. 59-63.

40. Осієвська В. В. Основи стандартизації, метрології та управління якістю: навч. посіб. Київський національний торговельно-економічний ун-т. К. : КНТЕУ, 2012. 120 с.

41. Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. 2014. .3 (61). С.32-35

42. Премия по качеству Мэлкома Болдриджа (Malcom Baldrige National Quality Award — MBNQA) Режим доступу: http://www.tqm.spb.ru/3_baldrige.shtml –заголовок з екрану

43. Слабкий Г.О., Дудіна О.О. Основні міжнародні підходи до визначення і формування основ політики поліпшення якості медичних послуг. Охорона здоров'я України. №4. 2008. С. 119-120

44. Стеценко В. Ю. Якість медичної допомоги: адміністративно-правовий вимір . Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Юриспруденція. 2013. Вип. 6-1(1). С. 199-201

45. Стандартизація медичної допомоги Режим доступу: <https://dec.gov.ua/materials/standartizacziya-medichno-dopomogi/> – заголовок з екрану (дата звернення:30.09.2020).

46. Тейлор Ф. У. Менеджмент / Тейлор Ф. У. ; [пер. с англ. А. И. Зак; научн.ред. и предисл. Е. А. Кочергина]. М. : «Контроллинг». 1992. 137 с.

47. Ткаченко В.І. Система управління якістю: якість освіти, науки та клінічної практики в первинній медичній допомозі, законодавчо-нормативна база. Сімейна медицина. 2020. № 1-2.С.

48. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в Україні: теоретичні аспекти. Публічне адміністрування: теорія та практика: зб. наук. праць. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ. 2010. Вип. 1(3). – Режим доступу: <http://www.dridu.dp.ua /zbirnik/index.html>.

49. Фейгенбаум А. Контроль качества продукции [Електронний ресурс]– Режим доступу: <http://bookre.org/reader?file=599586&pg=34>.

50. Шаповал М. І. Менеджмент якості : підруч. К. : Знання, 2006. 471 с.

51. Шекера О.Г., Горачук В.В. Підходи до планування закладу охорони здоров'я відповідно до стандарту "Quality menegement sisstem - ENISO9001:2015 tor healthcare". Здоров'я суспільства. 2019. Т. 8, № 3. С. 97-101

52. Шимко О. В., Сенчук Л. О. Управління якістю медичної допомоги: теоретико-методологічний та практичний аспект // Man and environment, trends and prospects. Abstracts of I International Scientific and Practical Conference. SH SCW "NEW ROUTE" Tokyo, Japan. 2020. Pp. 18-22. URL: <http://isg-conf.com.ua>.

53. Шуляр Р. В., Шуляр Н. В. Управління якістю: навч. посіб. Л.: Видавництво Національного ун-ту «Львівська політехніка», 2009. 160 с.

54. «Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью» - доклад Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс] — Режим доступа: <tp://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>.

55. Управление качеством медицинской помощи / А. И. Вялков, В. З. Кучеренко, С. Л. Вардосанидзе [и др.]. ГлавВрач 2007. № 10. С. 23 -39.

56. Donabedian A. Promoting quality through evaluation the process of the patient care .Medical care. 1968. № 6. P. 181 - 201.

57. Vuory, Xannu. V. Quality Assurance of Health Services : Concepts and Methodolody. Copenhagen : WHOR eg. Office for Europe, 1982. VII, 127 p.