

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ФІНАНСІВ**

**До захисту допустити
Зав. кафедри
к.е.н., доцент**

Горбашевська **М.О. Горбашевська**
« » 2024 р.

**УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

Кваліфікаційна робота
здобувачки вищої освіти другого
(магістерського) рівня вищої
освіти освітньо-професійної
програми «Менеджмент
організацій та адміністрування»
Загней Марії Миколаївни
Науковий керівник:
Ткаченко Олена Георгіївна,
к.е.н., доцент кафедри
менеджменту та фінансів
Рецензент:
Боєнко Олена Юріївна, к.е. н.,
доцент, завідувач кафедри
маркетингу і бізнес-аналітики,
Донецький національний
університет імені Василя Стуса,
(м. Вінниця)

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою _____
Секретар ЕК Менд
«09» січня 2025 р.

Київ – 2024

**МАРИУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ФІНАНСІВ**

Рівень вищої освіти Магістр

Шифр та назва спеціальності 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма Менеджмент організацій і адміністрування

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____ **к.е.н., доцент,**
(науковий ступінь, вчене звання)

Горбашевська

Горбашевська М.О.
(ППІ завідувача кафедри)

« » _____ 2024 р.

ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Загней Марії Миколаївни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Удосконалення управління якістю медичної допомоги населенню
керівник роботи _____ Ткаченко О.Г., к.е.н., доцент,

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом Маріупольського державного університету від «29» лютого 2024 року № 36

2. Строк подання студентом роботи «05» грудня 2024 року

3. Вихідні дані до роботи (мета, об'єкт, предмет)

Мета роботи: проведення аналізу теоретичних аспектів формування системи управління якістю медичної допомоги, дослідження формування організаційних заходів управління якістю надання медичних послуг, оцінка її ефективності з подальшою розробкою шляхів їх вдосконалення.

Об'єкт дослідження: управлінська діяльність керівної ланки лікувального закладу діяльність з забезпечення якісними медичними послугами населення.

Предмет дослідження: процес управління та формування механізмів оцінки забезпечення якості медичної допомоги у конкретному закладі охорони здоров'я.

4. Зміст роботи (перелік питань, які потрібно розробити)

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Здоров'я людини як об'єкт дослідження публічного управління

1.2. Теоретично-наукові підходи до визначення механізмів управління якістю медичної допомоги

1.3. Формування системи якості охорони здоров'я в Україні

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КОМЕРЦІЙНИМ НЕПРИБУТКОВИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ м. ТОРЕЦЬК»

2.1. Загальна характеристика підприємства КНП «Центральна міська лікарня м. Торцецьк»

2.2. Оцінка ефективності загальних фінансових заходів в КНП «Центральна міська лікарня м. Торцецьк»

2.3. Аналіз контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів







РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ НАСЕЛЕННЮ НА КОМЕРЦІЙНИМ НЕПРИБУТКОВИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ М. ТОРЕЦЬК»

3.1. Реалізація забезпечення якості медичних послуг на КНП «Центральна міська лікарня м. Торезьк»

3.2. Управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту

3.3. Шляхи вдосконалення системи управління медичною допомогою населенню на КНП «Центральна міська лікарня м. Торезьк»

5. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Ткаченко О.Г., к.е.н., доцент	 20.03.24	 20.03.24
Розділ 2	Ткаченко О.Г., к.е.н., доцент	 20.03.24	 20.03.24
Розділ 3	Ткаченко О.Г., к.е.н., доцент	 20.03.24	 20.03.24

6. Дата видачі завдання «20» вересня 2024 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми кваліфікації роботи	до 20.03.2024	
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи та наукового керівника	20.03.2024	
3.	Консультація з науковим керівником	постійно	
4.	Робота з науковою літературою. Визначення плану кваліфікаційної роботи	до 20.09.2024	
5.	Робота над теоретичною частиною кваліфікаційної роботи	20.09.2024-16.10.2024	
6.	Подання на перевірку теоретичної частини кваліфікаційної роботи науковому керівнику	до 16.10.2024	
7.	Переддипломна практика	11.09.2024 - 29.09.2024	
8.	Робота над аналітичною частиною кваліфікаційної роботи	16.10.2024-05.12.2024	
9.	Подання на перевірку аналітичної частини кваліфікаційної роботи науковому керівнику	до 05.12.2024	
10.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	19.12.2024	
11.	Подання кваліфікаційної роботи на кафедру	до 29.12.2024	
12.	Захист кваліфікаційної роботи	09.01.2025	

Студент



(підпис)

Загнєй М.М.

(прізвище та ініціали)

Науковий керівник роботи



(підпис)

Ткаченко О.Г.

(прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	7
1.1. Здоров'я людини як об'єкт дослідження публічного управління	7
1.2. Теоретично-наукові підходи до визначення механізмів управління якістю медичної допомоги	16
1.3. Формування системи якості охорони здоров'я в Україні	25
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КОМЕРЦІЙНИМ НЕПРИБУТКОВИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ м. ТОРЕЦЬК»	35
2.1. Загальна характеристика підприємства КНП «Центральна міська лікарня м. Торезьк»	35
2.2. Оцінка ефективності загальних фінансових заходів в КНП «Центральна міська лікарня м. Торезьк»	43
2.3. Аналіз контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів	50
Висновки до розділу 2	57
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ НАСЕЛЕННЮ НА КОМЕРЦІЙНИМ НЕПРИБУТКОВИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ м. ТОРЕЦЬК»	60
3.1. Реалізація забезпечення якості медичних послуг на КНП «Центральна міська лікарня м. Торезьк»	60
3.2. Управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту	69
3.3. Шляхи вдосконалення системи управління медичною допомогою населенню на КНП «Центральна міська лікарня м. Торезьк»	78
Висновки до розділу 3	87
ВИСНОВКИ	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	92

ВСТУП

Здоров'я громадян країни є головною індивідуальною і соціальною цінністю. Проте, на всьому історичному проміжку розвитку сучасної системи охорони здоров'я України у громадян сформувалося певне нехтування підтримкою власного здоров'я. Це пов'язано з безліччю причин, однією з яких є надання не завжди якісних медичних послуг у медичних закладах. Проте, західні моделі охорони здоров'я навпаки стимулюють розвиток цінностей здоров'я і відповідного ставлення до нього самої людини.

Медичні заклади є складовими системи охорони здоров'я. Вони виробляють медичні послуги, про їхній успіх, як суб'єкта вільного медичного ринку, свідчить якість останніх. Відсутність належної якісної системи медичних послуг як взагалі, так і в окремому лікувальному закладі, гальмує повноцінний розвиток усієї системи охорони здоров'я .

Якість медичних послуг залежить від багатьох чинників. Крім зовнішніх, на які лікувальні заклади не мають вагомого впливу, важливу роль відіграють і внутрішні чинники. Саме серед них виділяють: якісне мислення керівництва лікарнею, якісне мислення та професіональне ставлення до послуг всіх працівників, створення належних умови праці, формування суб'єктивного мислення про пацієнта, які повною мірою сприяють наданню якісних послуг.

Якість обслуговування сьогодні у закладах охорони здоров'я є предметом вивчення не лише з теоретичних підходів , а й практичних. Наукові знання про, які саме показники з різноманітних послуг є головними, а також у який спосіб клієнти оцінюють їх якість, дозволяють забезпечити потреби й очікування наявних і потенційних клієнтів лікувальних закладів. Це, в свою чергу, є основою конкурентної переваги на ринку медичних послуг.

Сучасні пацієнти, як відомо, більш освічені і проінформовані, їхні вимоги до якості послуг суттєво відрізняються від попередніх, отже в такий спосіб клієнти визначають якість в умовах ринкової економіки.

Якість медичних послуг стає наслідком сучасного господарювання, а також найкращою запорукою одержання та підтримки конкурентних переваг на ринку. Це гарантує залучення та утримання постійних пацієнтів і дає можливість досягнути успіху в тривалій перспективі.

Метою кваліфікаційної роботи є проведення аналізу теоретичних аспектів формування системи управління якістю медичної допомоги, дослідження формування організаційних заходів управління якістю надання медичних послуг, оцінка її ефективності з подальшою розробкою шляхів їх вдосконалення. Для досягнення поставленої мети було вирішено такі завдання:

проведення аналізу теоретичних аспектів формування системи управління якістю медичної допомоги;

характеристика управління КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк»;

розробка шляхи вдосконалення системи управління медичною допомогою населенню на КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк».

Об'єкт дослідження: управлінська діяльність керівної ланки лікувального закладу діяльність з забезпечення якісними медичними послугами населення.

Предмет дослідження: процес управління та формування механізмів оцінки забезпечення якості медичної допомоги у конкретному закладі охорони здоров'я.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої в роботі мети було використано наступні методи дослідження: теоретичного узагальнення та порівняння - для уточнення понятійного апарату управління якістю медичної допомоги; статистичного аналізу - для проведення аналізу емпіричних даних і дослідження особливостей забезпечення якості послуг в умовах трансформаційної медичної галузі; системного підходу формалізації - для обґрунтування і розробки основних шляхів вдосконалення системи управління медичною допомогою населенню.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Здоров'я людини як об'єкт дослідження в управлінні системами якості

Здоров'я громадян будь-якої країни основна індивідуальна та соціальна цінність. Історія розвитку нашої держави сформувала у громадян певне нехтування підтримкою особистістю власного здоров'я. Проте, західні моделі стимулюють розвиток цінностей здоров'я і відповідного ставлення до нього самої людини.

Незважаючи на зміни, які відбуваються сьогодні в українському суспільстві (процеси індивідуалізації суспільної свідомості, «приватизації» ціннісного світу особистості тощо), ставлення наших співвітчизників до свого здоров'я практично не змінилось [1, с. 14].

За даними численних соціологічних досліджень, здоров'я займає першу (найвищу) позицію в ієрархії термінальних цінностей людей різних вікових груп, їх реальна поведінка не сприяє підтримці та поліпшенню власного здоров'я. У цьому зв'язку соціологи роблять висновок про те, що для пересічного українця, у тому числі молодого, здоров'я є лише декларованою цінністю. Особливу стурбованість у цьому контексті викликає стан здоров'я і ставлення до нього молоді, адже від цього залежить майбутнє нашого суспільства, відтворення нових поколінь українців [6].

Практичний підхід до сутності «здоров'я» дав змогу знайти у наукових джерелах понад 450 його визначень, які знаходять у різних площинах наукових дисциплін. Проте, серед них можна визначити головні елементи:

здоров'я – норма для функціонуванню організму у різний період його життя та на різних рівнях його організації [11];

здоров'я є гармонією, завдяки рівновазі життєвих функцій організму [17];

здоров'я має бути якісним та повноцінним для виконання основних соціальних функцій у суспільстві й активна трудова діяльність [23];

здатність організму адаптуватися до умов навколишнього середовища, що змінюється [15];

відсутність патологічних змін і нормальне самопочуття [33];

повне фізичне, духовне, розумове й соціальне благополуччя [14].

Такий різний підхід до визначень «здоров'я» свідчить що це певна кількість вчених вважає що воно є станом організму людини. В цих визначеннях які надано вище їх можна ототожнювати з взаємодією, рівновагою, властивістю, показниками та інше. Тобто здоров'я можна вимірювати і створювати певні якісні властивості.

Древньогрецький філософ Платон серед усіх земних благ на перше місце ставив здоров'я. За його висловом, здоров'я існує не саме по собі, а є умовою існування ще більш значущої цінності – життя. Адже можна жити, будучи нездоровим, але не можна, будучи здоровим, не жити [13]. Гіппократ – відзначав, що здоров'я є найбільшим багатством людини, а Цицерон стверджував, що найбільше благо досягається на основі повного фізичного і психічного здоров'я [11]. Німецький філософ А. Шопенгауер писав: «Здоров'я настільки перевищує усі інші блага життя, що воістину здоровий жебрак - щасливіший, ніж хворий король» [58, с.34].

Філософський аналіз феноменів здоров'я і хвороби, в першу чергу, націлений на з'ясування їх взаємозв'язку зі сферою людської волі, з особистим вибором індивіда певного типу свого буття. Під «здоров'ям» у філософії розуміють таку форму актуалізації тілесних потенцій, що забезпечує максимум можливостей для самореалізації людини. При цьому особистісна настанова на здоров'я полягає в позиції «невідчуженої відповідальності за власне буття» [12, с. 13].

Соціологічне вивчення здоров'я громадян України показало що, воно стосується питань, як соціальна зумовленість суспільного здоров'я у системі сенсожиттєвих цінностей особистості [18].

Підкреслимо, що в сучасних умовах пандемії підвищена увага приділяється саме особистісному ставленню до здоров'я. При цьому акцент робиться на тому, що здоров'я є не тільки найважливішою термінальною цінністю людини, воно має інструментальний характер і часто постає як єдиний засіб досягнення поставлених цілей, задоволення різноманітних потреб [3,с.7].

З широких філософських позицій під здоров'ям індивіда розуміють значущість міри можливого здійснення людиною цілеспрямованих та усвідомлених дій без погіршення свого фізичного й духовного стану, без втрат в адаптації до життєвого середовища. Здоров'я соціуму (громади) як цінність – це значущість для суспільства ступеня реалізації життєвих можливостей його членів [16].

Аналізуючи наукові доробки серед класиків соціологічної думки, за нашими роздумом найбільш вагомий внесок у інтерпретацію концепту здоров'я зробив Т. Парсонс, який розглядав його, як цінний соціальний капітал, важливий ресурс для індивідуальних досягнень і стабільного функціонування суспільства. Хоча поганий стан здоров'я не завжди є соціальним за походженням, Парсонс намагався довести, що у хворобі будь-якого типу може бути присутній психологічний чинник, що вона може бути вмотивованою. Саме це твердження привело його до визначення хвороби як відхилення від норми [3-27].

Сучасний підхід сформував і наш вітчизняний науковець В. Москаленко, посилаючись на наукові праці І. Ларіонова, Ю. Лісіцина, В. Медика та В. Юрьєва, стверджує, що здоров'я має інтегративний характер [34, с. 17]. Проте в ньому можна відокремити як, окремі взаємопов'язані складові фізичне (біологічне), духовне (психічне) і соціальне здоров'я [24-37].

Вітальні характеристики здоров'я розкривають значення його біопсихосоціальних показників, але на індивідуальному рівні, без включення людини в систему суспільних відносин [22,с.6]. Духовне здоров'я як цінність фіксує параметри ідеальних феноменів, які дозволяють людині бути

повноправним членом суспільства. Здоров'я як соціальна цінність показує значення соціальних зв'язків, місця і ролі людини у вирішенні соціальних завдань, ступеня реалізації нею громадських інтересів, що забезпечує їй достатній рівень соціальної адаптованості» [29].

Здоров'я як поняття належить до складної біологічної, соціальної та філософської категорії і може характеризуватися безліччю складових, споріднених з такими поняттями, як життя людини та науково-технічний прогрес у всій його багатогранності [7-11]. За умов сьогодення стан здоров'я людини, як правило, оцінюють за наступними критеріями: відсутність хвороб; нормальна робота організму; психічне, фізичне і соціальне благополуччя; здатність повноцінно працювати; прагнення до творчості; здатність пристосовуватися до змін навколишнього середовища.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як стан повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. При цьому істотною умовою здоров'я названо здатність людини до гармонійного життя в постійно мінливому оточенні [8].

Комплексний аналіз джерел (літературних, інтернет тощо) дає підстави стверджувати, що термінологічні визначення «здоров'я» є багатофакторними, складними і динамічними, яке у соціально-економічній, філософській, медичній та психологічній літературі тлумачиться з різних наукових позицій.

Досить широкий перелік навіть тих термінів, які найчастіше (здоров'я населення, популяції, колективу, людини, особистості, сім'ї, світу тощо) використовувалися і використовуються вітчизняними та зарубіжними авторами в різні історичні епохи – від Гіппократа до наших днів [41; 44; 54; 66].

Вчені виділити три взаємопов'язаних рівні здоров'я, що потребують неоднозначного методичного підходу, – суспільний (популяційний), груповий та індивідуальний [8; 22; 25; 30; 41; 44; 54; 66].

За думкою О. Доброславіна поняття «здоров'я», як медико-біологічного та громадсько-політичного феномену, чітко вказує на те, що в медичному розумінні здоров'ям вважають фізіологічний стан організму, в якому всі функції здійснюються, не відступаючи від норм [33]. Під суспільним здоров'ям, як вважає автор, слід розуміти стан найбільшої здатності до праці, який відповідає сумі сил людини. Саме О. Доброславін уперше вказав на обмежені можливості медицини щодо здійснення санітарно-оздоровчих заходів, постійно підкреслюючи державний характер останніх і звідси, в основному, державну, а не медичну природу охорони здоров'я як системи щодо організації, розробки та реалізації заходів, спрямованих на збереження та зміцнення суспільного й особистого здоров'я. О. Доброславін справедливо вважав, що головним завданням охорони здоров'я є вивчення законів стійкості фізіологічної рівноваги в організмі при різних умовах суспільної діяльності та вивчення найвірогідніших умов збереження і розвитку виробничих сил організму» [33].

Ще у 1991 році, з метою вироблення єдиного тлумачення поняття «здоров'я», було проведено структурно-семантичний аналіз його 79 визначень, у результаті чого отримані такі узагальнені тлумачення [21-34] (рис.1.1):

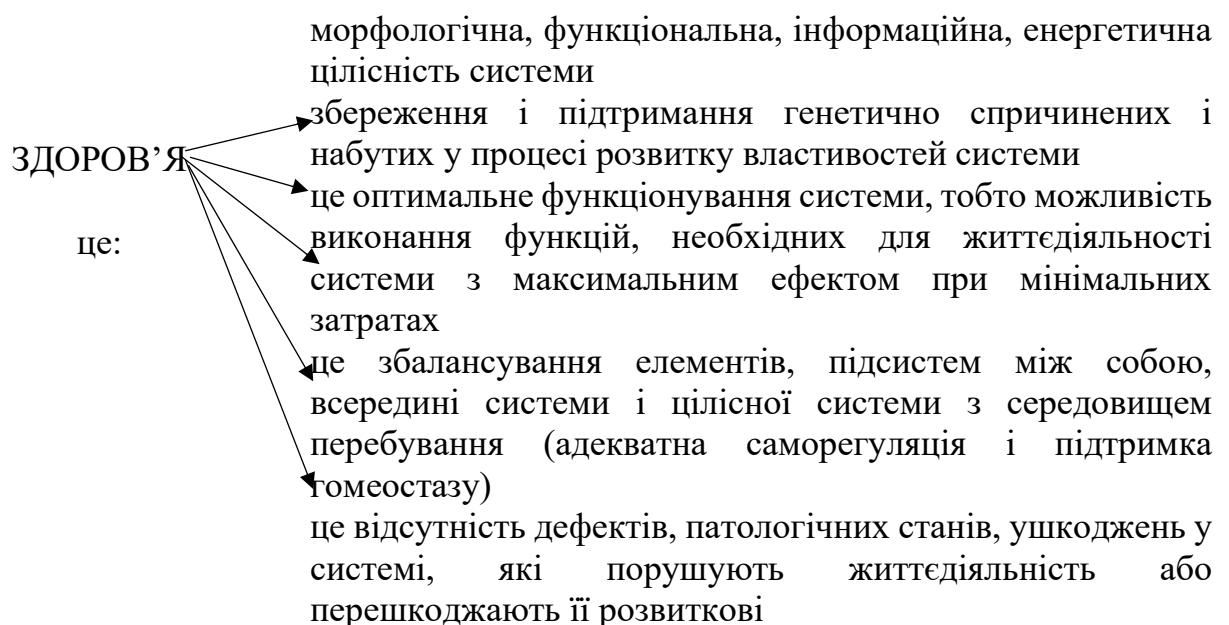


Рис.1.1. Структурно-семантичний аналіз його визначень «здоров'я»

Наведені вище визначення узагальнюють понад 88% змістової інформації проаналізованих тлумачень поняття «здоров'я». На думку українських вчених, найбільш доцільним є такий підхід до визначення поняття «здоров'я», при якому враховуються різні цілі [44-67].

За одним із визначень ВООЗ (1993 р.), здоров'я розглядається як високий потенціал фізичної, психічної і розумової здатності людини, як стан повного соціального благополуччя [8]. Такий підхід до поняття «здоров'я» останнім часом доповнився розумінням того, що життя має бути не тільки тривалим, але й якісним [14, с. 33]. Зрозуміло, що забезпечення якісного і тривалого життя, умов його збереження, розвитку і соціальної реалізації не може бути функцією тільки галузі охорони здоров'я, але є функцією держави, завданням її соціальної політики й умов сталого людського розвитку [33, с. 15].

На наш погляд, ще деякі визначення категорії здоров'я заслуговують на увагу з підходу якості надання медичної допомоги, а саме:

загально-філософське (норма для живого), яке визначається як, інтервал, у межах якого кількісні коливання біологічних процесів здатні римувати живу систему на рівні функціонального оптимуму [27-29];

здоров'я людини-індивіда, з двох підходів [67]:

– теоретичного підходу (ідеал): стан повного соціального, біологічного та психічного благополуччя, коли функції всіх органів і систем урівноважені з навколишнім середовищем, відсутні захворювання хворобливі стани та фізичні дефекти;

– практичний підхід: стан організму, коли він здатний повноцінно виконувати свої функції [67].

Необхідність використання арсеналу науки для кількісного вираження здоров'я може бути подана у вигляді потужності та кількості (табл1.1).

Кількісне вираження здоров'я

Назва	Характеристики	Показники для визначення
1	2	3
Потужність	характеризує стан структури, функції та адаптаційні резерви у даний момент часу. Це потенціал можливостей людини та популяції щодо реалізації процесу життя за певного стану чи кількості в момент його виміру	медико-діагностичні, які характеризують стан серцево-судинної, дихальної, видільної, ендокринної та інших систем; медико-статистичні показники – фізичний розвиток, захворюваність, летальність, працевтрати тощо
Кількість	здоров'я являє собою загальний його запас упродовж життя, детермінований генетичними і соціальними чинниками	біологічні, соціальні показники, в які інтегруються всі позитивні та негативні складові. До них відносяться - середня тривалість життя, інтеграл працездатності за життя, самопочуття тощо

Примітка: складено за [9-17]

За всіх труднощів запропонованих варіантів підходів до потужності й кількості здоров'я це визначення відкриває шлях до об'єктивної оцінки зусиль суспільства, яких воно докладає для створення громадянам держави нормальних умов проживання, мірилом чого в кінцевому результаті завжди буде здоров'я [35, с. 78].

В сучасній світовій практиці формується нова філософія здоров'я, побудована на визнанні багатоаспектної цінності здоров'я та його пріоритету в низці найважливіших потреб людини і суспільства [24]. Формування здоров'я населення і медичних потреб відбувається під впливом різних чинників [57, с.19–20]:

демографічних (чисельність, статевовікова структура, рівень міграції населення, народжуваність, загальна і дитяча смертність та ін.);

соціально-економічних (особливості економічного розвитку територій, характер і рівень розвитку виробництва, система розселення, густота населення, стан шляхів, транспорту, зв'язку);

клімато-географічних (географічні та кліматичні характеристики, регіональні особливості, що впливають на характер захворюваності населення, доступність медичної допомоги тощо);

соціально-медичних (рівень і структура захворюваності населення, рівень розвитку медичної допомоги, ресурсне забезпечення закладів охорони здоров'я);

соціально-культурних (житлово-побутові умови, матеріальний рівень життя населення, рівень розвитку соціальних служб, сімейний стан, чисельність і склад сім'ї, національні традиції, рівень культури, освіти, санітарно-гігієнічної освіченості населення) [57, с.19–20].

Сьогодні здоров'я вже не розглядається як суто медична проблема. Узагальнені підсумки досліджень залежності здоров'я людини від різних чинників переконують, що стан системи охорони здоров'я зумовлює в середньому лише близько 10% всього комплексу впливів. Відомою є формула (або модель) обумовленості здоров'я (50–55% – вплив факторів способу життя, 20–25% – стану навколишнього середовища, 15– 20% – генетичних факторів і 8–10% – стан служб охорони здоров'я), яка за критерій оцінки мала первинну загальну захворюваність населення та його груп (популяційний рівень) [8; 15, с12; 29-32].

Здоров'я людини - складний феномен глобального значення, котрий може розглядатися як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії, як об'єкт споживання, інвестування капіталу та індивідуальна й суспільна цінність, явище системного характеру, динамічне, що постійно взаємодіє з навколишнім середовищем, яке, у свою чергу, постійно змінюється [84].

Модель управління та соціального забезпечення системи охорони здоров'я населення, враховує основні суб'єкти здоров'я, їх функції та точки

докладання зусиль, що спрямовані на зміцнення здоров'я, на підставі аналізу всебічної інформації про індивідуальне здоров'я громадян, яку пропонують науковці[47; 83].

Вирішення проблеми зміцнення здоров'я громадян країни може бути досягнуто за рахунок синтезу персонального вибору людини на користь власного здоров'я й соціальної відповідальності всіх структур держави, формування якісних медичних послуг, які сприятимуть такому вибору людини та забезпечуватимуть можливості його реалізації у повсякденному житті.

У публічному управлінні та адмініструванні також є певний науково-теоретичний підхід до здоров'я людини. Він базується на системному світогляді, де здоров'я розглядається як суспільне благо, а населення має чітке визначення- суспільство.

Суспільство, за думкою І. Солоненко, О. Попова, Л. Жаліло та К. Надутого, яку вони висловлюють у книзі «Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні», це певний спосіб впорядкованого співіснування великої кількості людей. Для того щоб впливати на стан здоров'я, на думку авторів, треба розуміти як формується, функціонує суспільство, яку роль воно віддає створенню умов для надання медичної допомоги та чи є певна структура її, де будуються усталені підходи з формування здоров'я людини [62, с. 56].

Взагалі відокремлюють три сектори в медичній сфері, що мають вплив на здоров'я людини та суспільства:

1. Публічний сектор (державний) – входять всі медичні заклади, які мають статус комерційних неприбуткових підприємств, а також інші установи, що діють в межах медичної допомоги, але відносяться до місцевого самоврядування.

2. Приватні медичні заклади – приватний сектор.

3. Власне некомерційний сектор, до якого відноситься громадські організації, об'єднання громадян у волонтерських рух та інші, що не задіяні у перших секторах.

У кожному секторі є ланки управління які мають свою структуру, де, кожна з них займає певний ступінь в управлінні сферою охорони здоров'я, виконує відповідні функції або частину їх. Між ними виникають певні організаційні відносини- механізми що впливають на медичну галузь цілком, та на окреме медичне підприємство(заклад/установу). Цей вплив відбивається на якості надання медичних послуг.

Тому, так важливо розглянути та дослідити сучасні теоретичні, наукові підходи до визначення механізмів управління якістю медичної допомоги.

1.2. Теоретично-наукові підходи до визначення механізмів управління якістю медичної допомоги

Створення організаційних структур та взаємозв'язків в медичній сфері утворює певні організаційні відносини які можна охарактеризувати як, відносини субординації та координації. Відносини субординації утворюються між вищими і нижчими рівнями медичної галузі. Наприклад, між директором лікувальної установи та підлеглими. А відносини координації це, управлінська ланка та люди знаходяться в одній площині. Наприклад, громадські організації та департаменти охорони здоров'я.

Такий підхід забезпечує оперативність і гнучкість у роботі лікувальних закладів, зосередженість на певних щаблях надання медичної допомоги, а також чітке виділення або розмежування процесів управління у них.

За визначеннями М. Мескона, М. Альберта, Ф. Хедоурі та інших класиків менеджменту в процесі управління розділяють планування, організацію, мотивацію, координацію та контроль які можуть привести організацію будь-якого процесу до успіху. Цій підхід особливо є важливим у наданні медичної допомоги населенню, особливо у частині оцінки її якості.

Це пов'язано з тим, що якість медичної допомоги часто ототожнюється з терміном «внутрішній контроль» і містить засоби, методи контролю та оцінки які допомагають в реалізації створення якісного здоров'я населення.

Саме тому, підвищення результативності управління закладами сфери охорони здоров'я є найважливішим фактором поліпшення якості, культури та доступності медичної допомоги населенню країни.

Конкурентна боротьба за потенційних споживачів медичних послуг визначає необхідність надання особливих гарантій щодо їхньої якості. В умовах формування вітчизняного ринку надання медичних послуг усе більшого значення набувають процеси впровадження системи управління якістю (СУЯ) медичних послуг у закладах сфери охорони здоров'я, які є поширеними у світовій практиці.

Медична послуга є специфічним продуктом, який виробляють лікувальні заклади. Вона не має певних класичних ознак які притаманні товарам, послугам, її можна отримати виключно у процесі її надання. Де принцип повернення відсутній, як і принцип наслідування. Тому її складно порівнювати або інтерпретувати з іншими видами послуг. Саме тут необхідно досягати та утримувати високий рівень.

Міжнародна медична практика має у своїх пріоритетах на перше місце ставить не просто ефективне лікування, а пацієнта (клієнта). Тим не менш, сьогодення сфери охорони здоров'я України має досить низькоякісне функціонування, а тому і пацієнти не завжди отримують ефективне лікування.

До реформування галузі в країні була завелика кількість медичних закладів що призводила до появи здорової ринкової конкуренції та можливості вибору медичного закладу. Зараз зменшення їх кількості, можливість вибору лікувального закладу також не є ефективною. Тому що так і не з'явилося прагнення досягнути максимального рівня якості послуг. Хоча, на це є безліч вагомих причин. Тим більш, що з огляду на специфічність медичного ринку, лікувальним закладам треба докладати особливих зусиль, щоб здобувати та утримувати потенційних клієнтів, які засновані на довірі та організаційному іміджі.

Лікарня не може існувати без пацієнтів бо в іншому випадку її послуги ні кому не потрібні. Відповідно до декларацій Всесвітньої організації охорони

здоров'я, пацієнтом є кожна особа, що користується медичними послугами незалежно від того, хвора вона чи здорова [4; 67].

Високий рівень якості медичних послуг досягається завдяки розумінню та задоволенню вимог пацієнтів. На сьогоднішній день цей погляд відкрито ігнорується в сучасній системі охорони здоров'я України [34, с.10].

Ми вважаємо, що визначення ким є потенційний клієнт лікарні, якими є його наявні та майбутні сподівання на медичні послуги, чи є конкуренція в межах медичного ринку та позиція медичної установи на ньому, чи є певні переваги та ін. все це формує мету закладу охорони здоров'я щодо формування якісних медичних послуг.

Таким чином, ми впевнені що поняття якість медичних послуг (ЯМП) має свої характеристики та умови використання задля задоволення потреб хворих. Воно поєднує два підходи, з одного боку це сукупність певних характеристик, а з іншого задоволеність ними пацієнта.

Є ще одна вимога до формування ЯМП, яка за нашим роздумом є необхідною умовою це контроль за її наданням. Він повинен відбуватися поетапно з отриманням результатів які можна оцінити (рис.1.2).

Таке поетапне формування якості медичних послуг та контроль за їх виконанням визначає ступінь відповідності параметрів наданої послуги параметрам, прийнятим на різних етапах.

За думкою Н. Мачуги надзвичайно важливою є інформація про процес лікування, починаючи із приймального відділення, відправки до визначеного відділення для лікування (згідно з попереднім діагнозом) та, в кінцевому результаті, виписки. При дослідженні також необхідно звернути увагу на стан поінформованості пацієнтів, їх сервісне обслуговування, вчасне застосування при необхідності медичного обладнання. Аналіз масиву перерахованих даних дасть можливість вдосконалити процедуру надання послуг та підвищити їхній рівень, а також утримувати на задекларованому рівні [34,с. 23].

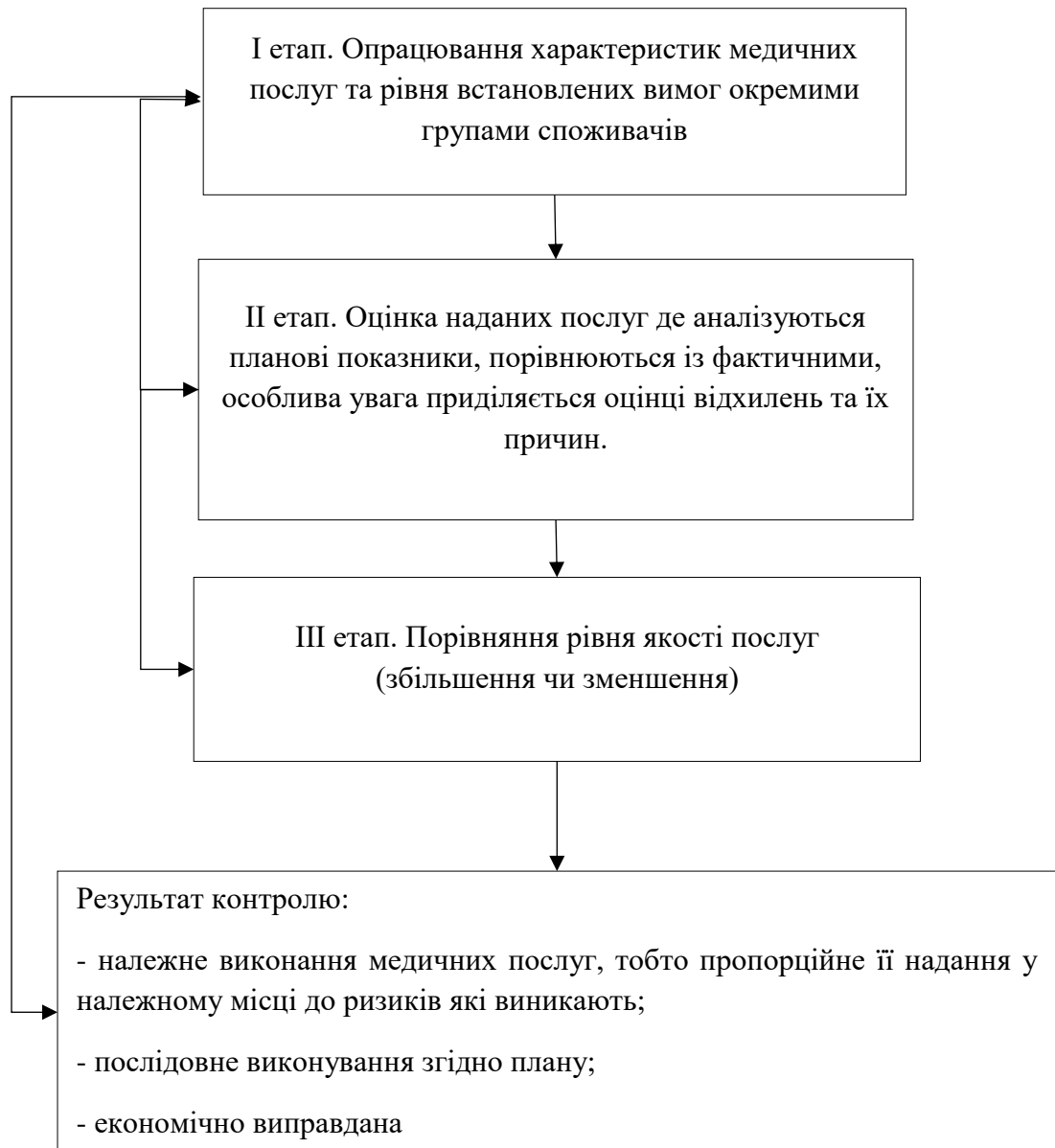


Рис. 1.2. Поетапне формування якості медичних послуг та контроль (складено за [34, с. 13])

Термін «якість» має тривалу та багату історію. Так, поняття «якості» увійшло до широкого вжитку ще у часи давньогрецького мислителя Платона. Філософ називав її «*poiotes*», що перекладається з грецької як «певний ступінь досконалості». Платон вважав, що думки, котрі опираються винятково на кількісні критерії, не в змозі повною мірою описати проблеми або явища, що досліджуються. Тому зараховував «якість» до понять метафізичних і розумів

її як «об'єктивний ідеалізм», тобто ступінь досягнутої через предмет досконалості [37,с. 6; 43].

Спектр підходів трактування поняття «якість» наведено в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Трактування вчених поняття «якість»

Автор	Підходи до визначення
1	2
Арістотель [9]	Вважав однією із основоположних категорій думки, яка означає сукупність певних ознак, що відрізняють один предмет від іншого із зазначенням тих відмінностей
Вавак Т. [12]	Акцентує увагу на економічному підході до якості, що вимагає погляду на неї з погляду її службових функцій щодо споживача
Ван Еттінгер [15]	Вирізняв якість як ступінь, у якому виріб задовольняє поставлені до нього вимоги для виконання свого кінцевого призначення
Гегель Г. [22]	Стверджував про тотожність якості буттю та наголошував, що при її втраті воно (буття) перестає бути тим, чим воно є
Демінг В. [23]	Визначав якість як очікувану ступінь однорідності і надійності при мінімально можливих витратах та відповідності вимогам ринку
Дж. Юран [78]	Пропонував розглядати якість як ступінь, у якому певний виріб (послуга) задовольняє потреби окремо взятого консумента та ступінь відповідності виробу встановленим моделі чи вимогам, вказівкам покупця виробу (послуги)
Дж. Локке [80]	Звернув увагу на дуалістичне трактування якості із розрізненням як первинної, так і вторинної якості
П. Кросбі [67]	Визначав якість як відповідність специфіці, однак не як добрий продукт
Платон [5]	Розумів якість як «об'єктивний ідеалізм», тобто ступінь досягнутої через предмет досконалості
Е. Скшипек [11]	Якість – це спосіб мислення, котрий спричиняє безперервні пошуки найкращого розв'язання та їх застосування
Фейгенбауман [17]	Стверджував, що «якість» є кумулятивною характеристикою продуктів і послуг, включаючи маркетинг, проектування, реалізацію і технічне обслуговування

Примітка: складено за [1-80]

І хоча думки дослідників відрізняються в тих чи інших аспектах між собою, однак науковці одностайні в тому, що якість є категорією суб'єктивною. Це, в свою чергу, означає, що кожна людина в залежності від власних конституції та потреб завжди бачить її по-іншому.

Разом з тим, якість є змістовним поняттям, тому її важко виміряти [4]. В теорії дефінювання якості можна поділити на три групи [9]:

- якість як ознака виробу;
- якість як ступінь відповідності очікуванням клієнтів;
- якість як те, що може бути виправлене чи покращене [12].

В умовах ринкової економіки дещо складніше доводиться галузям соціальної сфери, зокрема охороні здоров'я, де проблема якості медичних послуг комплексна та багатоаспектна.

У світлі рівнодійна та вищевказаних визначень якість медичних послуг розглядається як результуюча трьох компонентів: якість проекту, відповідність проекту очікуванням пацієнтів, якість виконання [62].

У сучасній літературі і практиці існують різні трактування поняття якість. Міжнародна організація по стандартизації визначає якість (стандарт ІСО-8402) як сукупність властивостей і характеристик продукції чи послуг, що додають їм здатність задовольняти обумовлені чи передбачувані потреби [67]. Цей стандарт увів такі поняття, як «забезпечення якості», «керування якістю», «спіраль якості».

Вимоги до якості на міжнародному рівні визначені стандартами ІСО серії 9000 [86]. Перша редакція міжнародних стандартів ІСО серії 9000 вийшла наприкінці 80-х років і ознаменувала вихід міжнародної стандартизації на якісно новий рівень. Ці стандарти вторглись безпосередньо у виробничі процеси, сферу управління й установили чіткі вимоги до систем забезпечення якості. Вони поклали початок сертифікації систем якості [45].

Стандарти ІСО серії 9000 установили єдиний, визнаний у світі підхід до договірних умов по оцінці систем якості й одночасно регламентували відносини між виробниками і споживачами продукції [51-53].

Якість медичних послуг є складовою і наслідком якості роботи закладу охорони здоров'я (ЗОЗ). Тут безпосередньо оцінюється якість придатної послуги, думка споживача послуг тощо.

Якість в охороні здоров'я – це складна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доцільність, достатність процесів щодо охорони здоров'я населення (пацієнтів) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період [33].

За визначенням М. Веренцова, Н. Чепурненко, (1986) під якістю слід розуміти оцінку медичного обслуговування та її ефективність стосовно певного випадку захворювання з урахуванням запобігання ризику його подальшого розвитку; професійні знання і наукові досягнення забезпечують оптимальні клінічні, функціональні і психологічні результати, тобто під якістю в широкому понятті розуміють її оцінку і забезпечення [59].

В. Чепцов (2000) вважає що, якість медичної допомоги як об'єкт управління являє собою властивість процесу взаємодії між лікарем та пацієнтом, обумовлену кваліфікацією професіонала, тобто його спроможністю виконувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати існуючі ресурси, забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою [71].

Для подальшого уточнення поняття аналізу та управління якістю медичної допомоги доцільно звернути увагу на трактування поняття медична послуга й уточнити саме це поняття.

За рекомендаціями ВООЗ, при взаємодії лікаря і пацієнта потрібно враховувати 4 компоненти якості медичної допомоги: кваліфікація лікаря, оптимальне використання ресурсів, ризик для пацієнта, задоволеність пацієнта отриманою допомогою [8].

При цьому оцінка якості медичної допомоги проводиться по відношенню: до конкретного пацієнта; до групи пацієнтів визначених одним

нозологічним захворюванням, класом захворювання чи станом, а також іншими чинниками (час та день тижня госпіталізації в стаціонар; сільська чи міська місцевість проживання; спосіб доставки на госпіталізацію тощо); до конкретного лікаря, структурного підрозділу та ЗОЗ в цілому.

Виходячи з цього при проведенні оцінки якості медичної допомоги рекомендується використовувати підхід, рекомендований Donabedian A., за яким характеризуються структура, процес і результат якості організації та надання медичної допомоги [11].

Згідно з недавнім наказом МОЗ, якість медичної допомоги – це належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) про-ведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [14].

У світлі рівнодійна та вищевказаних визначень якості медичних послуг розглядається як результуюча трьох компонентів процесу: якість проекту, відповідність проекту очікуванням пацієнтів, якість виконання [62].

Під процесом розуміють характеристики медичної допомоги, що надається, тобто її обґрунтованість, адекватність за обсягом, компетентність персоналу в обранні методів, узгодженість дій та послідовність. Обмеження оцінки процесу пов'язані з тим, що ми дуже мало знаємо про оптимальний процес надання медичної допомоги і вплив відхилень від стандартів на результати лікування.

Якість лікування оцінюється за його результатами (виживання, функціональний стан, обмеження життєдіяльності) у пацієнтів з певними вихідними захворюваннями чи станами (наприклад, рак молочної залози або інсульт), а також мірою задоволеності пацієнтів отриманою допомогою.

Саме результати лікування є принциповою мірою якості медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників.

Об'єктивна оцінка результатів лікування і порівняння діяльності ЗОЗ передбачає використання статистичних методів, які дають змогу врахувати відмінності у вихідних клініко-демографічних показниках хворих. Тобто результати лікування кожного ЗОЗ можуть бути охарактеризовані як «гірші за прогнозовані», «такі, що відповідають прогнозованим» та «кращі за прогнозовані» [21].

Складнощі оцінки якості за результатами полягають у важкості визначення тих результатів, які безпосередньо залежать від медичної допомоги, та недостатній інформації щодо можливостей поліпшення результатів за умов відповідності стандартам структури й процесу в ЗОЗ [22-24].

Розглянемо детальніше ці компоненти. Якість медичної допомоги містить оцінку її самої, з точки зору здійснення вимог одержувачів медичних послуг (пацієнтів). У випадку коли якість медичної послуги буде посередня, вона не матиме можливості задовольнити очікування її потенційного одержувача.

Відповідність медичної допомоги очікуванням пацієнтів компонент якої тісно пов'язаний із досягненням цілковитого задоволення хворими отриманими послугами. Важливим елементом моніторингу відповідності медичної допомоги є дослідження сатисфакції пацієнтів як найбільш вірогідного мірника якості запропонованої допомоги.

На сьогоднішній день пацієнти стикаються з неефективним лікуванням, що свідчить про низькоякісне функціонування медичної галузі в Україні загалом. У світовій же практиці пріоритетом є не просто ефективне лікування хворих, а завойовування пацієнта як зовнішнього клієнта.

Збільшення кількості медичних закладів в Україні не призводить до появи здорової ринкової конкуренції та можливості вибору медичного закладу. У світі тенденція є зворотною, що свідчить про прагнення досягнути максимального рівня якості послуг.

1.3. Формування системи якості охорони здоров'я в Україні

Якість – суб'єктивна ціннісна категорія, і дві людини можуть розуміти її по-різному. Як же можна вимірювати якість? Розглядаючи різноманітні варіанти визначення якості медичної допомоги, необхідно враховувати її визначення у словнику, згідно з яким, під названим терміном слід розуміти наявність суттєвих ознак, властивостей, особливостей, що відрізняють один предмет або явище від інших [10; 14, с.15].

Це стало поштовхом для поступового впровадження в практику наукової теорії управління. Додатковим стимулом були конкуренція на ринку медичних послуг та зростання свідомості і очікувань пацієнтів [23].

Упровадження системи управління в охорону здоров'я в світовій практиці проходили кілька фаз [56-78]:

– Контроль якості. Модель розвинулася в промисловості в 20-30 роках минулого століття. Такий підхід ґрунтується на дотриманні раніше встановлених норм і ініціюванні коригувальних дій, коли рівень обслуговування не відповідає очікуванням. Запроваджуючи планування, моніторили переваги їх застосування у вибраних місцях контролю. Моніторинг проводився шляхом акумулювання вибірових даних, частоти місця їх контролю та оцінки якості. Здебільшого його метою було встановлення та викриття браків і випадків низької якості. Термін впровадження цієї системи був коротким, а ефективність обмежена [56-58].

– Забезпечення якості. Дана модель, що застосовується в багатьох медичних закладах виникає в кінці 60-х років двадцятого століття. Її метою було запобігання проблемам, а не започаткування коригувальних заходів в умовах кризової ситуації. Пріоритетною є засада виконання завдання за першим разом. Зазвичай вона реалізувалася в систематичних перевірках процесів та результатів аналізів лікування[58-60].

Мета даної моделі – постійне вдосконалення та покращення якості, що ґрунтується на участі тих, хто надає послуги, і тих, хто ці послуги отримує із

врахуванням усіх аспектів. За реалізацію та впровадження дій з удосконалення якості відповідають спеціальні організаційні структурні одиниці. Система реєструє процедури, збори та аналіз інформації, а також дії, спрямовані на вдосконалення процедур. Мета її полягає в обмеженні кількості помилок, втрат як на клієнтах зовнішніх, так і внутрішніх. Навички вдосконалення діяльності стають запорукою виникнення помилок та зменшують видатки на їх виправлення.

– Управління через якість (Total Quality Management, TQM). Указаний підхід започатковано в 70-х роках минулого століття. До його реалізації залучені всі працівники, кожна організаційна структурна одиниця, які беруть участь у процесі покращення (вдосконалення) якості послуг [60-62].

Дана система покликана організовувати якість праці в цілій установі. Якість вимірюється через регулярний моніторинг встановлених критеріїв, що дозволяють контролювати основні показники якості. Впровадження програми TQM у структуру лікувального закладу є довготривалим процесом, котрий ґрунтується на зміні стереотипу мислення, поведінки персоналу, і спрямований на ідентифікацію вимог та очікувань клієнтів. При цьому відповідальність за надання якісних медичних послуг лежить на всьому медичному персоналі та працівниках лікувальної установи.

TQM загалом можна представити як метод підвищеної ефективності, активності людських колективів та зміни способу мислення. Цей спосіб мислення (філософію) часто називають "доктриною якості", яка ґрунтується на трьох принципах [70-72]:

- постійне вдосконалення: «постійно вдосконалюємося; вдосконалюємо все; вдосконалюємося всі»;
- одна команда: «ми є однією командою, лояльні відносно себе та щодо фірми (лікарні); розвиваємо співпрацю; усуваємо конкуренцію»;
- системне мислення: «кількаразове прийняття рішень, котрі повинні бути пов'язані із загальним принципом; за жодних обставин не порушуємо встановлених правил».

TQM полягає в досягненні максимального задоволення одержувача послуг через тривалий розвиток і вдосконалення процесу охорони якості. Цей процес складається з великої кількості елементів, в основі якої лежить дослідження ступеню сатисфакції клієнта.

Досягнення бажаного рівня якості неможливе без систематичного планування, що творить підстави для ефективного якісного управління в усіх структурах лікувальних закладів. Умовою досягнення зазначеної вище мети є тривалий процес оцінки для досягнення рівня «нуль дефектів» із розробкою відповідної стратегії.

Перш ніж запровадити систему управління через якість необхідно провести початковий аналіз, що передує плануванню якості. Схему проведення аналізу запропонував Дж. Оейкленд (рис. 1.3) [71].

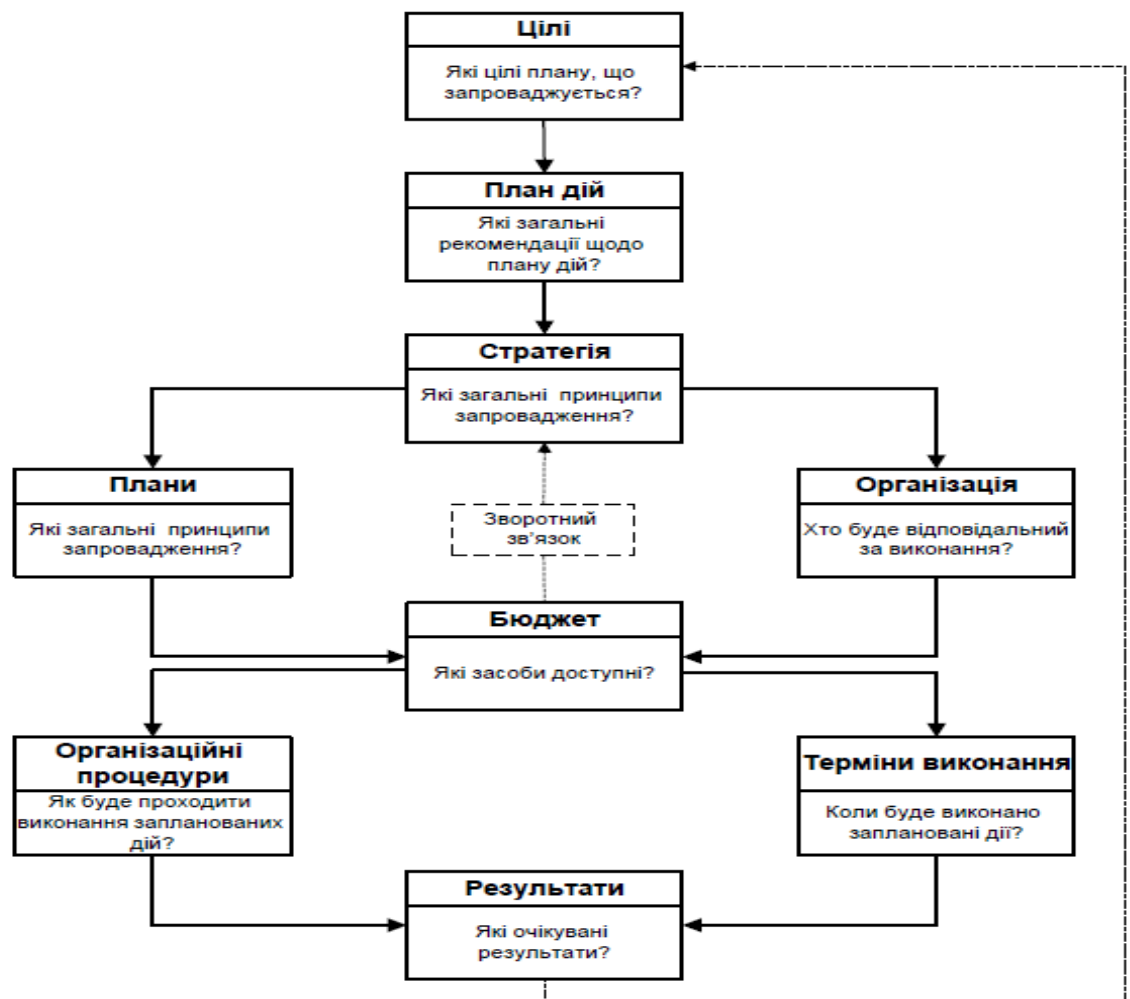


Рис.1.3. Схема аналізування системи управління на етапі планування якості [71-79]

Як бачимо, що ефективне функціонування управління системою якості на рівні охорони здоров'я повинно мати ретельне планування та досягнення найвищого рівня ефективності у ЗОЗ досягається при постійному аналізі діяльності, що ставить собі за мету досягнути «нуль дефектів».

Орієнтація медичного закладу на власного клієнта проявляється через усвідомлення його потреб. У нашому випадку клієнтом є пацієнт. Так, при постійному вдосконаленні процесів системи управління якістю, ключова фігура - клієнт, котрий зі своїми вимогами стає об'єктом дослідження на початку процесу і після його завершення із вивченням ступеню задоволення вимог.

Під процесом розуміють характеристики медичної допомоги, що надається, тобто її обґрунтованість, адекватність за обсягом, компетентність персоналу в обранні методів, узгодженість дій та послідовність [12].

Обмеження оцінки процесу пов'язані з тим, що ми дуже мало знаємо про оптимальний процес надання медичної допомоги і вплив відхилень від стандартів на результати лікування [17, с.33].

Якість лікування оцінюється за його результатами (виживання, функціональний стан, обмеження життєдіяльності) у пацієнтів з певними вихідними захворюваннями чи станами(наприклад, рак молочної залози або інсульт), а також мірою задоволеності пацієнтів отриманою допомогою [35].

Саме результати лікування є принциповою мірою якості медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників. Об'єктивна оцінка результатів лікування і порівняння діяльності закладу охорони здоров'я передбачає використання статистичних методів, які дають змогу врахувати відмінності у вихідних клініко-демографічних показниках хворих. Тобто результати лікування кожного медичного закладу можуть бути охарактеризовані як «гірші за прогнозовані», «такі, що відповідають прогнозованим» та «кращі за прогнозовані» [21].

Складнощі оцінки якості за результатами полягають у важкості визначення тих результатів, які безпосередньо залежать від медичної допомоги, та недостатній інформації щодо можливостей поліпшення результатів за умов відповідності стандартам структури й процесу в ЗОЗ [22].

Постійне вдосконалення системи управління якістю відповідно до задоволення потреб клієнтів спирається на норму ISO 9001:2015 [13; 14]. Для потреб охорони здоров'я клієнт дефінюється як:

- пацієнт або споживач послуг (споживач послуг також може бути донором);
- член суспільства (кожен член суспільства є потенційним споживачем медичних послуг у випадку масових щеплень);
- інша зацікавлена сторона (наприклад, працівники медичних університетів) [22].

Метою систем якості відповідно до норми ISO є:

- досягнення і утримування якості та прагнення до постійного вдосконалення;
- вдосконалення якості діяльності, яка відповідає встановленій і прогнозованій;
- потреби клієнтів та інших зацікавлених сторін;
- здобуття довіри керівництва та працівників для того, щоб вимоги якості мали можливість збереження, утримання та вдосконалення;
- довіра клієнтів та інших зацікавлених сторін із метою запровадження вимог якості і їх дотримання;
- здобуття довіри, щодо дотримання відповідності вимог, котрі застосовуються [22].

Наявність системи управління якістю за вимогами ДСТУ ISO 9001:2009 [14] надає закладам сфери охорони здоров'я значні конкурентні переваги. Один із важливих моментів – це підвищення чіткості та прозорість діяльності. Однією з особливостей СУЯ є попередження — прагнення вирішити проблему

до її появи. Такий підхід дозволяє істотно підвищити ефективність лікування за рахунок своєчасного і правильного надання допомоги [13;14; 22].

Філософія управління ЗОЗ на основі якості має супроводжуватися, як це спеціально підкреслюється в меморандумах ISO та IWA [14], зменшенням вартості цих послуг унаслідок оптимізації процесів їх організації, надання та контролювання. При цьому основна економія досягається за рахунок практичного виключення витратних за часом і матеріальними ресурсами процедур виправлення (коригування) та усунення наслідків помилково встановлених діагнозів і неправильно призначеного лікування, включаючи судові процедури [10].

Теорія управління якістю пропонує вивчати якість у системі медичної допомоги за наступними характеристиками [60-76]:

професійна компетентність визначається рівнем навиків і вмінь, що реалізуються в процесі діяльності людей, які надають медичні послуги, в діяльності керівництва й обслуговуючого персоналу.

доступність медичної допомоги оцінюється ступенем, в якому медична допомога може безперешкодно надаватися, незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних чинників.

результативність – це міра, в якій лікування пацієнта сприяє поліпшенню його стану або бажаному результату.

особисті взаємини стосуються якості взаємодії між провайдерами послуг і споживачами, керівництвом і провайдерами медичної допомоги, медичними працівниками і місцевими жителями.

економічна ефективність визначається співвідношенням між потребою в обслуговуванні та існуючими ресурсами для надання допомоги. ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу медичної допомоги населенню, тобто найбільше допомоги найкращої якості, що можливо досягнути при наявних ресурсах.

безперервність і послідовність віддзеркалює ступінь, в якому пацієнт одержує необхідне йому медичне обслуговування без перерв, зупинок або зайвих повторень обстежень або лікування.

безпечність визначається мірою, в якій система медичної допомоги знижує ризик пошкоджень, інфікування, побічних явищ чи інших збитків у процесі надання медичної допомоги.

зручність є тією характеристикою медичного обслуговування, які безпосередньо не відносяться до клінічної ефективності, але можуть позитивно вплинути на ступінь задоволеності пацієнта якістю обслуговування. комфортність визначається зовнішнім виглядом і чистотою приміщень, що використовуються, обладнанням і персоналом, а також заходами щодо забезпечення комфорту і зручності [60-76].

Діяльність із забезпечення якості медичної допомоги може спрямовуватися на одну або декілька характеристик з цього переліку, котрі допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів при аналізі проблем якості та оцінці ступеня дотримання стандартів. Вісім характеристик, наведених вище, обрані на основі аналізу літератури й синтезу ідей експертів із забезпечення якості. Кожну з цих характеристик слід розглядати у світлі специфічної програми і в місцевому контексті. Всі вони стосуються як клінічного й організаційного аспектів надання медичної допомоги, так і роботи допоміжних служб [4].

Норма вимагає від лікувального закладу визначення якісних цілей, котрі є стратегічними в програмі охорони здоров'я, яку реалізує медичний заклад. З метою визначення ступеня досягнення цих цілей лікарня може використати якісні показники, пропонувані владою чи професійними організаціями, науковими товариствами. Важлива умова при цьому така: показники мають бути мірними та істотними для процесу, якого стосується. Якісні цілі повинні пов'язуватися з політикою якості, яка розуміється як збір щоденних правил поведінки та набір значень у сфері якості (наприклад, політика застосування ліків, матеріалів, політика щодо персоналу, маркетингова політика).

Висновки до розділу 1

Здоров'я громадян будь-якої країни основна індивідуальна та соціальна цінність. Історія розвитку нашої держави сформувала у громадян певне нехтування підтримкою особистістю власного здоров'я. Проте, західні моделі стимулюють розвиток цінностей здоров'я і відповідного ставлення до нього самої людини.

Встановлено, що медичні заклади є складовими системи охорони здоров'я. Вони виробляють медичні послуги, про їхній успіх, як суб'єкта вільного медичного ринку, свідчить якість останніх. Відсутність належної якісної системи медичних послуг як взагалі, так і в окремому лікувальному закладі, гальмує повноцінний розвиток усієї системи охорони здоров'я.

Доведено, що створення організаційних структур та взаємозв'язків в медичній сфері утворює певні організаційні відносини які можна охарактеризувати як, відносини субординації та координації. Відносини субординації утворюються між вищими і нижчими рівнями медичної галузі.

Медична послуга є специфічним продуктом, який виробляють лікувальні заклади. Вона не має певних класичних ознак які притаманні товарам, послугам, її можна отримати виключно у процесі її надання. Де принцип повернення відсутній, як і принцип наслідування. Тому її складно порівнювати або інтерпретувати з іншими видами послуг. Саме тут необхідно досягати та утримувати високий рівень.

Дослідженням теоретичних аспектів формування системи управління якістю медичної допомоги встановлено, що охорона здоров'я населення виступає одним із важливих завдань державної діяльності, що передбачає забезпечення державного регулювання в цій сфері відносин.

Також було виявлено, що здоров'я людини як об'єкт дослідження публічного управління є основною індивідуальною та соціальною цінністю. Історія розвитку нашої держави сформувала у громадян певне нехтування підтримкою особистістю власного здоров'я. Проте, західні моделі

стимулюють розвиток цінностей здоров'я і відповідного ставлення до нього самої людини.

Установлено, що теоретично-наукові підходи механізмів управління якістю медичної допомоги визначають як результат трьох компонентів процесу: якість проекту, відповідність проекту очікуванням пацієнтів, якість виконання. Саме результати лікування є принциповою мірою якості медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників.

Відповідність медичної допомоги очікуванням пацієнтів компонент якої тісно пов'язаний із досягненням цілковитого задоволення хворими отриманими послугами. Важливим елементом моніторингу відповідності медичної допомоги є дослідження сатисфакції пацієнтів як найбільш вірогідного мірника якості запропонованої допомоги.

Вісім характеристик якості медичної допомоги (професійна компетентність, доступність медичної допомоги, результативність, особисті взаємини, економічна ефективність, безперервність і послідовність, безпечність, зручність), які проаналізовано, слід розглядати у світлі специфічної програми і в місцевому контексті. Всі вони стосуються як клінічного й організаційного аспектів надання медичної допомоги, так і роботи допоміжних служб.

Охарактеризовано діяльність із забезпечення якості медичної допомоги, де доведено що вона може спрямовуватися на одну або декілька характеристик з цього переліку, котрі допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів при аналізі проблем якості та оцінці ступеня дотримання стандартів. Вісім характеристик, наведених вище, обрані на основі аналізу літератури й синтезу ідей експертів із забезпечення якості.

Доведено, що системні принципи управління діяльністю медичним закладом передбачають безперервний зв'язок управління і інформації. Науковці вважають, що ефективно можливо управляти лише там, де є достатньо інформації.

Визначено особливу значимість має фундаментальний принцип зворотного зв'язку, відповідно якому інформація про функціонування керованої системи або її елементу передається суб'єкту управління, який таким чином отримує можливість коригувати управлінський процес. Відсутність зворотного зв'язку призводить до зниження ефективності управління, навіть до повної втрати керованості системи.

Таким чином, формування системи якості медичної допомоги і сфери охорони здоров'я в Україні базується на характеристиках з загального переліку якості управління, котрі допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів при аналізі проблем якості та оцінці ступеня дотримання існуючих стандартів.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ НЕПРИБУТКОВИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ м. ТОРЕЦЬК»

2.1. Загальна характеристика підприємства КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк»

Сучасні умови господарювання зарубіжні країни приділяють значну увагу якості та управлінню. Це пов'язано з рядом причин, а саме:

різноманітними підходами до трактування поняття якості;

ймовірністю підвищення стану національних економік шляхом вдосконалення наявних медичних технологій, медичних послуг та якості праці;

кількісним збільшенням товарів та послуг на медичних ринках, підвищенням фінансової спроможності населення, що сприяють підвищенню вимог до їх якості;

потребою збереження екології, економії обмежених ресурсів;

інформаційною революцією, де якість виступає певною мірною шкалою [34-57].

Перспективним напрямком вважається високого рівня якості є запровадження систем показників якості у лікувальному закладі. Проте, впровадження тієї чи іншої системи пов'язане із впровадженням низки технічних умов. Тому передусім необхідно охарактеризувати лікарню, а потім визначити ефективність процесу якості медичної допомоги.

Комунальне некомерційне підприємство «Центральна міська лікарня» м. Тор-цька (надалі – Підприємство) є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством-лікарнею інтенсивного лікування 1 рівня, що надає послуги вторинної медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України.

Підприємство створене за розпорядженням керівника військово-цивільної адміністрації м. Торецьк Донецької області (надалі – Засновник) від 27 червня 2018 року №364р «Про припинення діяльності «Центральної міської лікарні» шляхом перетворення в Комунальне некомерційне підприємство «Центральна міська лікарня» м. Торецька» відповідно до Законів України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про військово-цивільні адміністрації».

Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків «Центральної міської лікарні». Підприємство створене на базі комунального майна територіальної громади міста Торецька.

Засновником, Власником та органом управління майном Підприємства є територіальна громада міста Торецька в особі військово-цивільної адміністрації міста Торецьк Донецької області. Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним військово-цивільній адміністрації на час її дії.

Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Забороняється розподіл отриманих доходів (прибутків) Підприємства або їх частин серед засновників (учасників), працівників комунального некомерційного підприємства (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних з ними осіб. Не вважається розподілом доходів Підприємства, в розумінні п. 1.5 Статуту, використання Підприємством власних доходів (прибутків) виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених Статутом.

Підприємство у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України,

постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів влади, відповідними розпорядженнями військово-цивільної адміністрації міста Торецьк Донецької області та цим Статутом.

Основною метою діяльності Підприємства є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством.

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності Підприємства є: створення разом із Власником умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та інших ресурсів Підприємства;

надання пацієнтам відповідно до законодавства на безплатній та платній основі послуг вторинної/спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, у тому числі екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належних профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності і ведення пологів і після пологового періоду;

надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги (спеціалізована медична практика);

організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством;

організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування;

проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;

направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;

проведення профілактичних оглядів;

придбання, зберігання, перевезення, реалізація (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів;

організація наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;

здійснення іншої не забороненої законодавством діяльності, необхідної для належного забезпечення та підвищення якості лікувально-діагностичного процесу, управління ресурсами, розвитку та підвищення якості кадрового потенціалу Підприємства.

Підприємство є базовим закладом охорони здоров'я для проходження інтернатури.

Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику.

Підприємство має право займатися іншими видами діяльності не передбаченими в даному Статуті і не забороненими законодавством України.

Підприємство є юридичною особою публічного права. Права та обов'язки юридичної особи Підприємство набуває з дня його державної реєстрації. Підприємство користується закріпленим за ним комунальним майном, що є власністю територіальної громади міста Торецька на праві оперативного управління.

Підприємство здійснює некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану, затвердженого Засновником, самостійно організовує виробництво продукції (робіт, послуг) і реалізує її за цінами (тарифами), що визначаються в порядку, встановленому законодавством. Збитки, завдані Підприємству внаслідок виконання рішень органів державної влади, органів місцевого самоврядування, розпоряджень керівника військово-цивільної адміністрації, які було визнано судом

неконституційними або недійсними, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду.

Для здійснення господарської некомерційної діяльності Підприємство залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством.

Підприємство має самостійний баланс, рахунки в установах банків, в територіальних органах Державної казначейської служби України, круглу печатку зі своїм найменуванням, штампи, а також бланки з власними реквізитами. Підприємство має право укладати угоди (договори), набувати майнових та особистих немайнових прав, нести обов'язки, бути особою, яка бере участь у справі, що розглядається в судах України, міжнародних та третейських судах. За погодженням з керівником військово-цивільної адміністрації Підприємство самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність і затверджує штатний розпис.

Підприємство надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

Організаційна структура Підприємства включає:

Адміністративно-управлінський відділ;

Бухгалтерія;

Інформаційно-аналітичний відділ;

Поліклініка з денним стаціонаром;

Жіноча консультація;

Хірургічне відділення,

Кардіологічне відділення;

Акушерсько-гінекологічне відділення;

Неврологічне відділення;

Травматологічне відділення;

Цілодобовий травматологічний пункт (без ліжок) при травматологічному відділенні;

- Терапевтичне відділення;
- Інфекційне відділення;
- Дитяче відділення;
- Терапевтичне відділення (для хронічних хворих);
- Анестезіологічне відділення з ліжками інтенсивної терапії (7 ліжок без врахування у ліжковому фонді);
- Відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
- Відділення трансфузіології;
- Діагностичні структурні підрозділи:
 - Клініко-діагностична лабораторія;
 - Рентгенологічне відділення;
 - Ендоскопічний кабінет Кабінети УЗД;
 - Фізіотерапевтичне відділення;
 - Патологоанатомічне відділення;
 - Централізоване стерилізаційне відділення;
 - Господарча частина.

Структура Підприємства, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів Підприємства затверджуються головним лікарем Підприємства за погодженням з Власником.

Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників Підприємства затверджуються його головним лікарем. Штатну чисельність Підприємства головний лікар визначає на власний розсуд за погодженням з Власником на підставі фінансового плану Підприємства, погодженого в установленому законодавством та цим Статутом в порядку з урахуванням необхідності створення відповідних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги.

Працівники Підприємства мають право брати участь в управлінні Підприємством через загальні збори трудового колективу, професійні спілки,

які діють у трудовому колективі, Спостережну Раду, інші органи, уповноважені трудовим колективом на представництво, вносити пропозиції щодо поліпшення роботи Підприємства, а також з питань соціальнокультурного і побутового обслуговування.

Представники первинної профспілкової організації представляють інтереси працівників в органах управління Підприємства відповідно до законодавства. Підприємство зобов'язане створювати умови, які б забезпечували участь працівників у його управлінні.

Трудовий колектив Підприємства складається з усіх працівників, які своєю працею беруть участь у його діяльності на основі трудового договору (контракту, угоди) або інших форм, що регулюють трудові відносини працівника з Підприємством.

До складу органів, через які трудовий колектив реалізує своє право на участь в управлінні Підприємством, не може обиратися головний лікар Підприємства. Повноваження цих органів визначаються законодавством.

Виробничі, трудові та соціальні відносини трудового колективу з адміністрацією Підприємства регулюються колективним договором. Право укладання колективного договору надається головному лікарю Підприємства, а від імені трудового колективу – уповноваженому ним органу. Сторони колективного договору звітують на загальних зборах колективу не менш ніж один раз на рік.

Питання щодо поліпшення умов праці, життя і здоров'я, гарантії обов'язкового медичного страхування працівників Підприємства та їх сімей, а також інші питання соціального розвитку вирішуються трудовим колективом відповідно до законодавства, цього Статуту та колективного договору.

Джерелом коштів на оплату праці працівників Підприємства є кошти, отримані в результаті його господарської некомерційної діяльності. Форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат

встановлюються у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, Генеральною та Галузевою угодами.

Мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати. Умови оплати праці та матеріального забезпечення головного лікаря в порядку, встановленому законодавством Підприємства визначаються контрактом, укладеним із Засновником.

Оплата праці працівників Підприємства здійснюється у першочерговому порядку. Усі інші платежі здійснюються Підприємством після виконання зобов'язань щодо оплати праці. Працівники Підприємства провадять свою діяльність відповідно до Статуту, колективного договору та посадових інструкцій згідно з законодавством.

Підприємство самостійно здійснює оперативний та бухгалтерський облік результатів своєї діяльності та веде обробку та облік персональних даних працівників, а також веде юридичну, фінансову та кадрову звітність. Порядок ведення бухгалтерського обліку та обліку персональних даних, статистичної, фінансової та кадрової звітності визначається чинним законодавством України. Підприємство несе відповідальність за своєчасне і достовірне подання передбачених форм звітності відповідним органам.

Контроль за фінансово-господарською діяльністю Підприємства здійснюють відповідні державні органи в межах їхніх повноважень та встановленого чинним законодавством України порядку.

Засновник має право здійснювати контроль фінансово-господарської діяльності Підприємства та контроль за якістю і обсягом надання медичної допомоги. Підприємство подає Засновнику за його вимогою бухгалтерський звіт та іншу документацію, яка стосується фінансово-господарської, кадрової, медичної діяльності.

Контроль якості надання медичної допомоги хворим на Підприємстві здійснюють шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної

допомоги міжнародним принципам доказової медицини, вимогам галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я та законодавству.

У КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» у всіх структурних підрозділах упроваджується модель системи якості яка має два підходи.

Перший, базується на контролі якості медичних послуг. Він ґрунтується на дотриманні раніше встановлених норм і ініціюванні коригувальних дій коли є незадоволеність пацієнтів. У більший мірі він проводиться завдяки моніторингу у структурних відділеннях. Потім йде акумулювання отриманих даних з їх аналізуванням.

Другий, менш поширений у лікарні – забезпечення якості. Хоча саме він є найбільш поширеним у медичних закладах зарубіжних країн. Мета яку переслідує такий підхід, це постійне вдосконалення та покращення якості, що ґрунтується на участі тих, хто надає послуги, і тих, хто ці послуги отримує із врахуванням усіх аспектів [33-36].

Система реєструє процедури, збори та аналіз інформації, а також дії, спрямовані на вдосконалення процедур потребують у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецька» додаткового залучення ресурсів (інформаційних, людських, фінансових тощо). Хоча треба зазначити отримані навички щодо вдосконалення лікувальної діяльності є запорукою виникнення медичних помилок та зменшують час на їх виправлення.

2.2. Оцінка ефективності фінансових заходів в КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк»

Загальна оцінка фінансового стану будь-якого підприємства проводиться за допомогою «читання» балансу організації або підприємства. Під ним розуміють попереднє ознайомлення з підсумками роботи організації/підприємства та його фінансовим станом. При початковому ознайомленні з балансом для загальної оцінки фінансового стану найчастіше

використовують показники горизонтального (динамічного), вертикального (структурного) та трендового аналізів.

Найбільш повну і глибоку інформацію про загальний фінансовий стан Комунальне Некомерційне Підприємство «Центральна міська лікарня м. Торецьк» і його динаміку ми одержали шляхом побудови на основі балансу підприємства спеціального аналітичного балансу. Вперше поняття і загальну форму цього балансу запропонував засновник балансоведення Н.А. Блотов у 20-х роках. Порівняльно аналітичний баланс будується на основі бухгалтерського балансу, шляхом доповнення його показників, структури, динаміки та структурної динаміки вкладень і джерел коштів.

Комунальне Некомерційне Підприємство «Центральна міська лікарня м. Торецьк» має підрозділи з надання медичної допомоги, розглянемо декілька з них:

- адміністративно-управлінський апарат;
- гінекологічне відділення на 70 ліжок;
- відділення патології вагітності на 50 ліжок, в т.ч. 10 екстрагенітальної патології;
- пологове відділення з 7 індивідуальними пологовими залами;
- неонатологічне відділення;
- відділення спільного перебування матері та дитини та неонатального догляду на 60 ліжок;
- відділення анестезіології та акушерської реанімації з ліжками інтенсивної терапії на 6 ліжок;
- відділення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених на 6 ліжок;
- операційний блок на 2 операційні, приймальне відділення;
- консультатівне-діагностичне відділення (поліклініка), в т. ч. денний стаціонар на 10 ліжок;
- рентген кабінет;
- клініко-діагностична лабораторія;
- статистичний відділ;

загально-лікарняний персоналу т. ч. харчовий блок;

бухгалтерія;

адміністративно-господарський підрозділ у т. ч. харчовий блок.

Структура підпорядкування між підрозділами КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» наведено на рисунку 2.1.

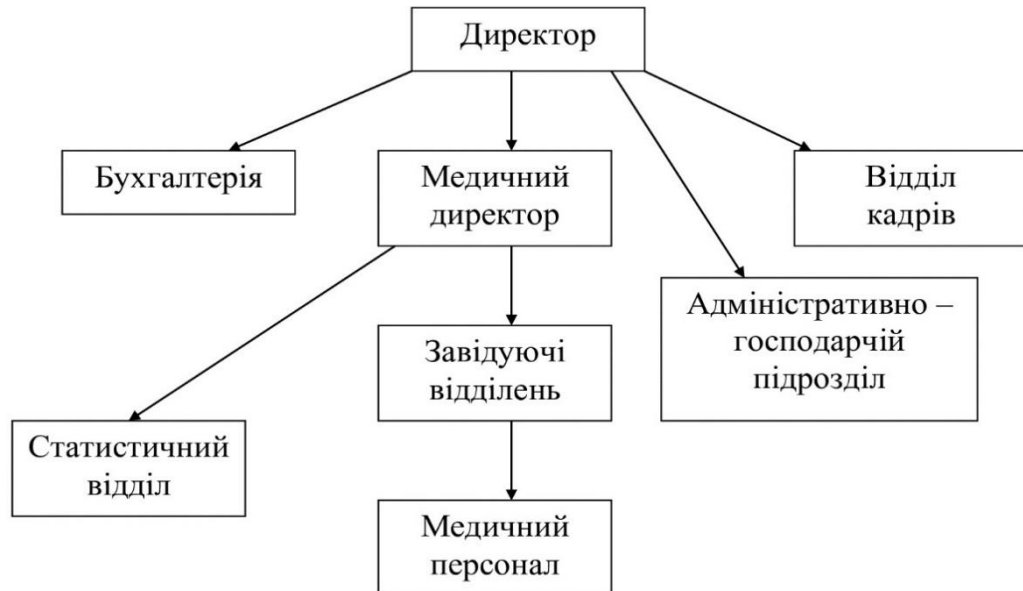


Рис. 2.1. Схема підпорядкування у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк»

Кожний з обраних підрозділів лікарні надає наступні послуги:

1) пологове відділення:

ведення нормальних пологів;

ведення пологів у жінок з акушерською та екстрагенітальною патологією;

ведення передчасних пологів;

знеболення пологів (медикаментозне, епідуральна аналгезія);

операція кесарів розтин (планова або за екстреними показаннями);

моніторинг стану плода та жінки у пологах з можливістю дистанційного спостереження на центральній станції моніторингу;

вільне положення жінки в пологах;

раннє прикладання дитини до грудей у пологовій залі, контакт «шкіра до шкіри»;

можливість проведення, при необхідності, заходів з первинної реанімації та стабілізації стану новонароджених;

партнерські пологи.

2) відділення патології та екстрагенітальної патології з ліжками для невиношування:

Відділення екстрагенітальної патології є структурним підрозділом багатопрофільного закладу охорони здоров'я і забезпечує надання спеціалізованої акушерської та неонатологічної стаціонарної допомоги.

Основні завдання відділення екстрагенітальної патології:

надання кваліфікованої спеціалізованої стаціонарної лікувально-діагностичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим хворим згідно з «Нормативами надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги»;

консультування, дообстеження та вирішення питання щодо можливості виношування вагітності;

забезпечення невідкладною акушерською та неонатологічною допомогою пацієнтів;

переривання вагітності за умови тяжкого екстрагенітального захворювання, яке є протипоказанням для подальшого виношування вагітності;

здійснення допологової підготовки та розробка спільно з профільними фахівцями плану ведення пологів, розродження;

здійснення динамічного спостереження вагітних та породіль з екстрагенітальною патологією;

розробка плану діяльності щодо подальшого лікування, реабілітації пацієнтів, планування сім'ї;

впровадження у практику сучасних засобів діагностики та лікування ускладнень вагітності, захворювань породіль, гінекологічних захворювань;

своєчасне, за необхідності, скерування пацієнтів на вищий рівень надання медичної допомоги, згідно з визначеними рівнями організації акушерсько - гінекологічної допомоги;

здійснення заходів щодо профілактики виникнення внутрішньолікарняних інфекцій;

вивчення та впровадження сучасних методик ведення пологів та післяпологового періоду, діагностики та лікування гінекологічних захворювань, ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду, досвіду роботи кращих лікувально-профілактичних закладів щодо сучасних технологій надання акушерської допомоги;

надання організаційно-методичної допомоги лікарям-акушерам-гінекологам області з питань удосконалення медичної допомоги вагітним;

організація і проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я; профілактики ускладнень вагітності та пологів; профілактики ЗПСШ, ВІЛ, СНІДу; планування сім'ї; первинної профілактики вроджених вад розвитку; профілактики онкозахворювань та інше.

3) Відділення спільного перебування матері і дитини та неонатального догляду:

моніторинг стану породіллі та дитини

проведення R⁰ - обстеження легень породіллям для своєчасного щеплення новонароджених

консультування та навчання жінок правилам та принципам грудного вигодовування

консультування з приводу післяпологової контрацепції

проведення лабораторних обстежень породіллі у цілодобовому режимі

4) Консультативно - діагностичне відділення перинатального центру м. Торецьк четвертий поверх:

консультація акушера – гінеколога;

спостереження за перебігом вагітності;

діагностика та лікування безпліддя;
ультразвукове дослідження.

Надається консультативно – діагностична допомога та проводяться реабілітаційні заходи щодо жінок із складною гінекологічною патологією та вагітним групи високого та вкрай високого перинатального ризику.

5) Відділення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених.

Відділення інтенсивної терапії та реанімації новонароджених розраховане на 6 ліжок. Тут допомагають виживати та розвиватися дітям з екстремально низькою та дуже низькою масою тіла при народженні від 500 грамів, надають допомогу новонародженим з різною патологією. У відділенні встановлені 10 апаратів штучної вентиляції легень, які відповідають міжнародним стандартам надання допомоги. Працюють відкриті реанімаційні системи та неонатальні інкубатори для виходжування глибоко недоношених новонароджених. Відділення оснащене обладнанням, яке дозволяє слідкувати за життєво важливими показниками наших самих маленьких пацієнтів. Активно впроваджується метод «мати-кенгуру», який дозволяє маленькому контактувати з батьками і це сприяє його подальшому розвитку.

Забезпечення етапності неонатального догляду, реабілітацію передчасно народжених дітей та дітей з різноманітною перинатальною патологією здійснює нове відділення для перебування хворих та недоношених дітей разом з матір'ю. Відділення забезпечуються необхідним обладнанням та медикаментами.

За кожну надану послугу в Комунальному Некомерційному Підприємстві «Центральна міська лікарня м. Торецьк» НСЗУ надає кошти, які йдуть до фактичного фінансового обсягу.

Фактичний обсяг діяльності всіх підрозділів складає 400 тис. гривень, валовий прибуток –75400 гривень, фінансовий результат від звичайної діяльності 7900 гривень, а чистий прибуток – 5400 грн. Порівнюючи з попереднім, тобто 2016 роком чистий прибуток зріс на дуже на дуже незначну долю – 14000 грн. так як станом на 1 січня 2017 року він складав 4000 гривень.

Одним із важливих показників фінансово-господарської діяльності КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» є медичні послуги. В минулому 2022 році КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» можна сказати працювало більш рентабельніше і ефективніше в порівнянні з 2023 роком (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Отриманні кошти за медичні послуги у 2022-2023 р. (тис. грн.)

Період 2022 рік	Сума	Період 2023 рік	Сума
1	2	3	4
I квартал	104,0	I квартал	106,6
II квартал	119,6	II квартал	124,0
III квартал	130,6	III квартал	136,1
VI квартал	101,2	VI квартал	124,7
Разом	455,4	Разом	491,4

В цілому по підприємству матеріальні затрати витрати на оплату праці, відрахування на соціальні заходи, амортизація та інші операційні витрати за 2023 рік зменшились на 6300 грн. і склали 113300 грн. в той час, як за 2022 рік вони становили 119600 грн. Як видно по балансу підприємство працює майже незадовільно і неефективно. Станом на 2 січня 2023 року підприємство отримало тільки 100 грн. прибутку, а станом на 1 січня 2021 року – 300 гривень. Така фінансово-господарська діяльність підприємства є зовсім негативною, адже для такого Комунальне Некомерційне Підприємство «Центральна міська лікарня м. Торецьк» одержані за рік прибутки зовсім ні про що не говорять.

Однією з важливих ознак фінансового стану підприємства є його фінансова стійкість. Фінансова стійкість підприємства характеризується:

достатньою фінансовою забезпеченістю безперервності основних видів діяльності підприємства;

фінансовою незалежністю від зовнішніх джерел фінансування;

здатність маневрувати власними коштами;

достатнім забезпеченням матеріальних оборотних засобів власними джерелами покриття;

станом виробничого потенціалу.

Як уже зазначалося вище, в умовах становлення ринкових відносин кожен суб'єкт господарювання повинне володіти достовірною інформацією про фінансову стійкість та платоспроможність, як власного підприємства так і своїх партнерів.

Оцінка фінансової стійкості дозволяє зовнішнім суб'єктам аналізу і банком партнерам по договірних відносинах, контролюючим органам визначити фінансові можливості підприємства на перспективу, дати оцінку фінансової незалежності від зовнішніх джерел, скласти в загальній формі прогноз майбутнього фінансового стану підприємства.

2.3. Аналіз контролю якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів

Всі комунальні неприбуткові медичні підприємства, що належать до системи охорони здоров'я, займаються наданням медичних послуг. Оцінка їх роботи повністю залежить від якості надання цих послуг. Відсутність належної якісної системи медичних послуг у закладі відображається відтоком як пацієнтів/клієнтів, так і зменшенням грошового обсягу ЗОЗ, а це означає гальмування розвитку медичного підприємства.

Якість обслуговування у закладах охорони здоров'я сьогодні є предметом підвищеного інтересу не лише з теоретичних міркувань, а й практичних [27,с.13].

Знання про те, які саме показники або критерії тієї чи іншої послуги є головними при виборі лікувальних закладів, а також у який спосіб пацієнти/клієнти оцінюють якість останніх, дозволяє забезпечити потреби й очікування наявних і потенційних пацієнтів/клієнтів. Тому, це створює основу конкурентної переваги ЗОЗ на ринку медичних послуг [59,с.57; 61-63].

Сучасні пацієнти більш освічені і проінформовані. Вони мають своє бачення та вимоги до якості послуг. Якість надання та обслуговування їх у лікувальній установі стає наслідком сучасного господарювання, а певною гарантією залучення та утримання їх, а також дає можливість досягнути успіху в тривалій перспективі.

Згідно з твердженнями Р. Колмана [34; 60], критерії якості повинні відповідати певним вимогам:

- бути компактними і мати однозначну назву;
- не можуть бути предметами тотожними чи близькими за значенням;
- у прийнятому складі, в міру можливості, критерії повинні доповнюватися;
- кількість складу критеріїв якості не повинна бути меншою за три;
- велика кількість критеріїв зменшує оперативність аналізу якості;
- у залежності від потреб, у складі критеріїв мають бути мірники призначення об'єкту чи процесу, споживчі вимоги [34,с. 34; 60].

З метою забезпечення контролю якості медичної допомоги директором КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» розробляється та затверджується на рівні закладу безперервна система контролю якості медичної допомоги, яка затверджується наказом.

Потім, наказом директора КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» створюється комісія з забезпечення якості медичної допомоги. Мета комісії полягає в тому, щоб розробити дієву програму систематичного підвищення якості медичної допомоги на основі поглибленого аналізу прийнятих для оцінки показників, окремих помилок та упущень, нещасних випадків, скарг пацієнтів, пропозицій лікарів і медичних сестер, літературних даних.

Залучення лікарів до активної роботи у комісії, є їх переконання в тому, що це орган, покликаний об'єднати зусилля всіх лікарів ЗОЗ у підвищенні якості медичної допомоги шляхом спільного пошуку шляхів усунення дефектів при наданні медичної допомоги, а не для критики або покарання окремих осіб.

Відповідальним в ЗОЗ за роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в являється медичний директор. При цьому роботу молодшого медичного персоналу з вищою освіту за забезпеченню якості медичної допомоги організовую заступник головного лікаря з медсестринства.

На рівні відділень у ЗОЗ роботу по забезпеченню якості медичної допомоги організовує завідувач відділенням, а безпосередньо молодшого медичного персоналу з вищою освіту - старша медична сестра. Даний розділ роботи у вказаних посадових осіб визначається їх посадовою інструкцією.

В перспективні та поточні плани роботи як ЗОЗ та і його структурних підрозділів включаються розділи з забезпечення якості медичної допомоги пацієнтам. Контроль якості медичної допомоги є важливою складовою комплексного процесу забезпечення якості медичної допомоги пацієнтам на всіх етапах та рівнях її надання.

На рівні КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» в умовах державної системи охорони здоров'я існують наступні ступені контролю якості медичної допомоги:

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

другий – медичні директори лікувального закладу (ЛЗ), що відповідають за роботу поліклініки чи стаціонару, використовуючи основні облікові документи, проводять щоденно експертну оцінку не менше 10 % пацієнтів, які проліковані у поліклініці, та не менше 20 % осіб, які закінчили лікування в стаціонарі;

третьої - експертна комісія ЛЗ оцінює якість роботи підрозділів щомісячно.

Наступні ступені контролю якості медичної допомоги на рівні КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» здійснюють спеціальні комісії територіальних та регіональних органів управління охороною здоров'я:

четвертий та п'ятий експертні комісії при міському відділі (управлінні) або обласному відділі (управлінні) охорони здоров'я оцінює діяльність ТМО та обласних ЛЗ щоквартально.

Для аналізу та оцінки якості лікувально-профілактичної допомоги застосовують клінічні протоколи/ стандарти медичних технологій, а також внутрішній аудит який йде за певними міжнародними стандартами контролю якості.

Міжнародні стандарти контролю якості визначають роботу ЗОЗ як «оцінювальну діяльність служби, створеної суб'єктом господарювання» [18]. Для цього застосовується внутрішній аудит (ВА). Внутрішній аудит стає джерелом інформації, що допомагає організаторам охорони здоров'я об'єктивно оцінити реальний стан якості медичної допомоги в ЗОЗ та приймати управлінські рішення [19].

За поясненням, у методичних рекомендаціях МОЗ України «Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я» (2011), мета проведення ВА надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я стає відповідність якості надання до стану здоров'я пацієнта. При цьому, завданнями стають:

- виявлення проблеми надання медичної допомоги;
- визначення мети і розроблення стандартів якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- виявлення причин низької якості медичного обслуговування;
- розроблення заходів для покращення якості та їх впровадження;
- оцінка якості медичної допомоги після впровадження заходів, розроблених у процесі ВА.

Формування ВА ЗОЗ йде відповідно певним принципам (табл. 2.2).

Як бачимо з таблиці, визначення ВА закладена ідея спрямованості процесу на постійне підвищення клінічної практики на основі результатів аудиту.

Таблиця 2.2

Принципи визначення внутрішнього аудиту

Назва принципу	Характеристика
1	2
Достовірність	Для забезпечення достовірності аудит проводиться працівниками, які безпосередньо не зацікавлені в тому чи іншому результаті аудиту
«Було тільки те, що написано» («Книги не врут»)	Те, що не записано в медичних документах, вважається невиконаним
Конфіденційність і анонімність	Аналіз даних аудиту здійснюється конфіденційно і анонімно як щодо пацієнтів, так і медичних працівників. Результат аудиту не повинен бути покаранням або привести до скарг/позовів з боку пацієнтів
Об'єктивність	Аналіз даних проводиться на основі заздалегідь погоджених, точно сформульованих критеріїв, що легко вимірюється
Лідерство керівництва	Ефективність процесів внутрішнього аудиту забезпечується ініціативністю керівництва

Насправді ВА представляє собою циклічний процес, який має кілька послідовних етапів (рис. 2. 2).

На першому етапі у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» йде планування або підготовка до ВА, що включає визначення цілі, забезпечення необхідної структури (моно або мультидисциплінарних команд) - навчання членів команд; залучення користувачів послуг у процесі аудиту; створення сприятливого середовища та інше. Правильно організований процес підготовки ВА є ключовим для успіху. ВА є ефективним інструментом в покращенні якості медичної допомоги у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк».

Другий етап - процес аудиту. Для цього етапу важливо вибрати методологію, індикатори, зібрати інформацію, її проаналізувати, надати пропозиції. На етапі впровадження змін відбувається підтримка вдосконалень. І кінцевий етап – це моніторинг впроваджень, або повторний аудит.

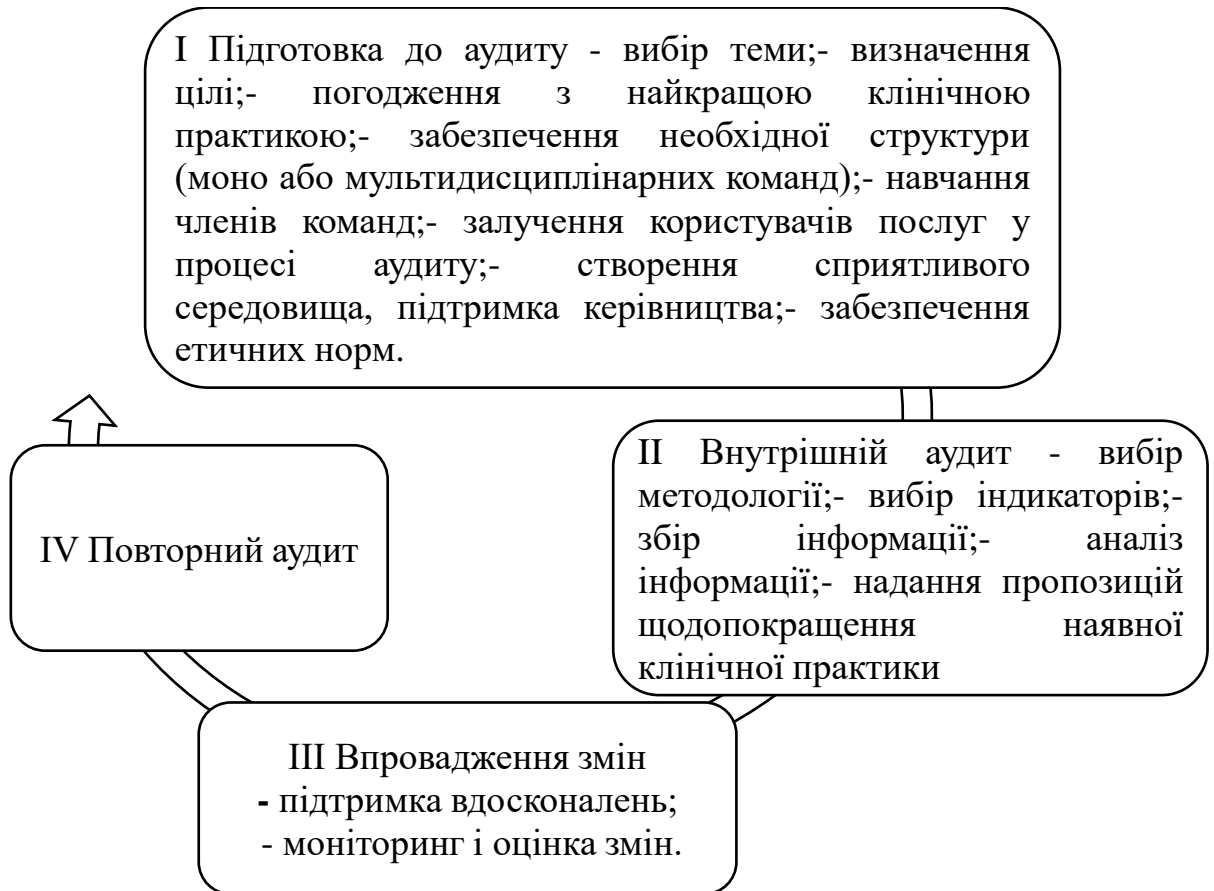


Рис 2.2. Циклічний процес внутрішнього аудиту

Відмінною рисою аудиту яка є у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк», той факт, що сам процес виявлення невідповідності рівня допомоги населенню до встановленого рівня одночасно вказує, які конкретні зміни необхідні в медичній практиці закладу для покращення ситуації. Тобто основна увага в ньому спрямована на безперервне покращення якості медичної допомоги.

За критеріями аналізу і перевірки ми внутрішній аудит класифікується на такі види:

фінансово-економічний аудит - це аудит фінансово-економічної діяльності закладів охорони здоров'я, критеріальною базою якого виступають медико-економічні нормативи і розрахунки.

аудит кадрового забезпечення - передбачає аналіз кваліфікаційного складу та нормативної укомплектованості персоналу медичного закладу

аудит матеріального забезпечення проводиться на основі порівняння з таблицями оснащення закладів охорони здоров'я, що визначають необхідний мінімальний перелік обладнання, приміщень, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги

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

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

аудит результату – включає такі види: аудит думки пацієнтів та медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнта, аудит стану здоров'я населення. Думка пацієнтів та медичних працівників є основою порівняння при проведенні аудиту думки пацієнтів та медичних працівників. Для виявлення думки пацієнтів та медичних працівників проводять опитування. Аудит стану здоров'я пацієнта проводиться за медичною документацією.

аудит медичної документації - дозволяє оцінити якість медичної допомоги за фактичними даними, наведеними в документах первинного обліку. Аналіз медичної документації дозволяють оцінити якість медичної допомоги за фактичними даними, наведеними в документах первинного обліку.

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

Вибір виду внутрішнього аудиту і критеріальної бази визначають особливості його проведення, а саме: підбір фахівців, які входять до робочої групи; обсяг первинної документації для збору інформації; елементи внутрішнього середовища ЗОЗ, що потребують змін. Тобто дієвість ВА визначається функціонуванням існуючої моделі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Висновки до розділу 2

Всі комунальні неприбуткові медичні підприємства, що належать до системи охорони здоров'я, займаються наданням медичних послуг. Оцінка їх роботи повністю залежить від якості надання цих послуг. Відсутність належної якісної системи медичних послуг у закладі відображається відтоком як пацієнтів/клієнтів, так і зменшенням грошового обсягу ЗОЗ, а це означає гальмування розвитку медичного підприємства.

Надано характеристику медичному підприємству КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк». З'ясовано, що воно організоване з метою задоволення потреб суспільства в його продукції. Основним напрямом діяльності підприємства є виробництво медичних послуг населенню. Обласний перинатальний центр є провідним закладом надання медичної допомоги жінкам та новонародженим в Донецькій області та забезпечує підготовку медичних кадрів нашого регіону з питань надання перенатальної допомоги за державними стандартами. Мета діяльності центру - реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я жінок та дітей, покращення надання перинатальної допомоги мешканцям Донецької області, підвищення

доступності медичної допомоги для населення та зниження показників материнської та дитинячої смертності.

Встановлено, що КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» на всіх рівнях структурних підрозділів упроваджує модель системи якості за двома підходами: перший, базується на контролі якості медичних послуг; другий, менш поширений у лікарні – забезпечення якості.

Аналіз управління якістю на Комунальному Неприбутковому Підприємстві «Центральна міська лікарня м. Торецьк» дозволив зробити наступні висновки: система управління якістю на Комунальному Неприбутковому Підприємстві «Центральна міська лікарня м. Торецьк» має слабкі місця. Вони знаходяться при наданні конкретного об'єму медичних послуг та порівнюються з невідповідностями при їх виробленні, економічні витрати на попереджувальні заходи і контроль в процесі виробництва самих послуг у КНП не підраховуються.

На фоні теоретичного обґрунтування доведено, що витрати на послуги невідповідної якості (внутрішні і зовнішні) можуть досягати 80% від спільних витрат на якість. Керівництво КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк», не дивлячись на великі об'єми послуг відповідної якості не виділяють вказані витрати і не враховують їх.

Визначено, що аналіз характеру невідповідностей і причин їх виникнення у КНП в більшості випадків зводиться до викриття та матеріального покарання винних. Це у свою чергу не лише не стимулює запобігання виникнення невідповідностей шляхом виявлення їх на ранніх стадіях процесу але і підштовхує персонал до заховання самого факту наявності порушення.

Доведено у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» є деякі елементи аудиту якості надання медичних послуг. Де, відмінною рисою є той факт, що сам процес виявлення невідповідності рівня допомоги населенню до встановленого рівня у державі одночасно вказує, які конкретні зміни необхідні

в медичній практиці закладу для покращення ситуації. Тобто основна увага в ньому спрямована на безперервне покращення якості медичної допомоги.

З проведеного аналізу видно, що вибір виду внутрішнього аудиту і критеріальної бази визначають особливості його проведення, а саме: підбір фахівців, які входять до робочої групи; обсяг первинної документації для збору інформації; елементи внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я, що потребують змін. Тобто дієвість внутрішнього аудиту визначається функціонуванням існуючої моделі управління якості медичної допомоги в Комунальному Неприбутковому Підприємстві «Центральна міська лікарня м. Торецьк»

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ
МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ НАСЕЛЕННЮ НА КОМУНАЛЬНОМУ
НЕПРИБУТКОВОМУ ПІДПРИЄМСТВІ «ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА
ЛІКАРНЯ м. ТОРЕЦЬК»

3.1. Забезпечення надання якісних медичних послуг населенню (на прикладі КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк»)

В попередніх розділах ми вже сформуваємо, опираючись на аналіз теоретичних джерел, загальне визначення якості – це певна функція механізмів управління яка полягає у його складниках.

ДСТУ ISO 9001:2015 трактує управління якістю як «діяльність в управлінні, котра вирішує політику якості, цілі і відповідальності, а також їх реалізації в рамках системи якості за допомогою таких засобів, як планування, контроль, забезпечення та вдосконалення якості» [13].

Орієнтиром для управління якістю медичних послуг є пацієнт/клієнт всіх етапах їх надання. При цьому всі працівники медичного закладу є ланцюгами в цієї системи, або механізмами у справах якості. Іншими словами, складається сучасна культура та філософія медичної організації, яка проявляється крізь призму якості послуг.

Із точки зору виявлених аспектів у ході дослідження, на яких ґрунтується аналіз якості в практиці КНП «Обласний Перинатальний Центр м. Краматорськ» можна виділити певні критерії та згрупувати їх за певними признаками (табл. 3.1.) це дозволить виявити наявність так званих «ознак якості» у медичних послугах лікарні.

Таблиця 3.1

Групи критеріїв з «ознаками якості»

№/№	Група	Ознаки критеріїв якості
1	2	3
1	Предметна	вміщує критерії якості, що виникають із призначення предмету аналізу

продовження таблиці 3.1

1	2	3
2	Виробнича	містить критерії, що виникають із умов виконання виробничого процесу
3	Споживча	включає критерії, котрі виникають із продуктивності об'єктів чи ефектів процесу споживання
4	Економічна	включає критерії, що виникають із користі економічних досягнень шляхом певного розвитку або ж специфіки об'єкту

Примітка: складено за [34-57]

Аналізуючи науково-теоретичні засади оцінок якості можна ще відокремити та згрупувати критерії, які також заслуговують на увагу при формуванні системи якості на медичному підприємстві. Зауважмо що їх використання залежить від самого її установи, її обсягу фінансування, кількості медичних працівників, кількості обслуговуємого населення тощо. Ці додаткові критерії наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Додаткові групи критеріїв з «ознаками якості»

№/№	Група	Ознаки критеріїв якості
1	2	3
I. За відношенням до статистичних (альтернативних) значень		
1	мірні	це мірні величини, що широко застосовуються мірними методиками, можуть бути також обчислені (в штуках, грошових одиницях)
2	порівняльні	ознаки станів пацієнтів або послуг, порівнювальні із так званим «еталоном»
II. Як альтернативні		
3	оцінювальні	оцінювання за відчуттям того, хто оцінює
III. За типами		
4	предестинаційні	показують пристосування предмету аналізу до реалізації завдань, які виникають і призначення виробництва чи споживання
5	енергетичні	описують стан величини, що виступає в кінематиці, динаміці, електриці тощо
6	фінансові	зазначають фінансовий стан предмету аналізу; – матеріальні – окреслюють стан властивостей матеріалів
7	геометричні	представляють якість, яка виражається в лінійних, кутових вимірах та похідних від них

1	2	3
8	часові	описують якість, виражену часом
9	феноменічні	окреслюють стан предметів, що не належать до жодного із вищезгаданого
10	сміслові	зазначають вразливість змісту об'єктів чуттєвого сприйняття
11	чуттєві	підкреслюють стан відчуттів анімаційних об'єктів (пацієнтів)

Примітка: складено автором за[34-51]

Основою успіху підприємства в умовах ринкової економіки є високий рівень організації виробництва, стрижнем якого служить чітка свідомість і реалізація кожним працівником своєї відповідальності і своєї ролі в досягненні підприємством якісних кінцевих результатів. Тому пропонується упровадити і сертифікувати систему якості в КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» по стандартах серії ISO 9015.

Як позитивний момент слід зазначити той факт, що сама наявність міжнародного сертифікату системи менеджменту якості може мати вирішальне значення при залученні інвестицій, оскільки підвищує рівень надійності і довіри до КНП з боку потенційних інвесторів значно знижує ризики при наданні інвестиційної підтримки підприємству і є свого роду гарантом для інвестиційних компаній. Робота з підприємством, що має міжнародний сертифікат по стандартах серії ISO 9015, вважається менш ризикованою за рахунок 2-х ключових чинників:

- внутрішній структурованості і впорядкованості діяльності підприємства, більшій прозорості системи управління;
- наявність періодичного зовнішнього контролю з боку незалежного реєстратора.

Для потенційних інвесторів вартість КНП найчастіше визначається прибутковим методом, заснованим на визначенні дисконтованого грошового доходу, який принесе праця лікарні в майбутньому; за допомогою даного методу перевіряється доцільність інвестиційних вкладень в ЗОЗ. При оцінці

вартості лікарні прибутковим методом наявність міжнародного сертифікату збільшує вартість двояким чином: за рахунок зниження ризик майбутніх доходів, а також унаслідок зростання об'єму майбутніх грошових потоків.

Обґрунтована ринкова вартість КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» складається з вартості системи його елементів (активів) плюс системний ефект (goodwill). Гудвілл, або «добре ім'я» це неосяжні активи КНП, що включають його імідж, ділову репутацію, взаємини з пацієнтами, місцезнаходження, номенклатури послуг, що надаються, і інш. Ці чинники окремо не виділяються і не оцінюються в звітності підприємства, але створюють реальні економічні вигоди.

Побудована системи якості дозволяє в значній мірі поліпшити такі складові гудвілла як імідж і репутацію КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк». В той же час створення сертифікована система якості компанії є однієї з складових гудвілла, відповідно здобуття сертифікату безпосередньо впливає на підвищення ринкової вартості лікарні. По оцінках міжнародного реєстратора «Det Norske Veritas», сертифікація системи менеджменту якості на відповідність вимогам стандарту ISO 9001:2015 підвищує ринкову вартість підприємства в середньому на 10% [79].

Керівництво за якістю, що розробляється відповідно до вимог міжнародного стандарту ISO 9001-2015, повинно включати:

- політику в області якості КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк»;
- опис системи менеджменту якості в області якості відповідно до вимог ГОСТ ISO 9001-2015;
- організаційну структуру підприємства;
- структуру медичної документації системи менеджменту якості;
- організаційно-функціональну структуру управління системою менеджменту якості;
- схему взаємодії процесів.

Діяльність будь-якого підрозділу КНП «Центральна міська лікарня м. Торезьк», за допомогою використовуваних ресурсів, перетворює входи у виходи, тобто є процесом.

Вся діяльність закладу охорони здоров'я є взаємозв'язаним ланцюжком цих процесів. Для того, щоб управляти багаточисленними взаємозв'язаними і взаємодіючими процесами, в таблиці 3.3 пропонується їх ідентифікація їх виходячи з вимог ДСТУ ІСО 9001:2015; вимог законодавчих актів; цілей і завдань підприємства на поточний період; організаційної структури підприємства.

Таблиця 3.3

Таблиця ідентифікації процесів якості у КНП «Центральна міська лікарня м. Торезьк»

Код процесу	Назва процесу	Керівник процесу
1	2	3
П 1	Планування	Директор Медичний бухгалтер
П 2	Управління документацією	
П 2.1	Управління документами СМК	Директор Медичний директор
П 2.2	Управління законодавчими документами	Директор Медичний бухгалтер
П 2.3	Управління нормативними документами	Директор Медичний бухгалтер
П 2.4	Управління документами по техніці безпеки (ТБ)	Директор Медичний бухгалтер Інженер по ТБ
П 2.5	Управління технологічними документами: технологічні інструкції; технологічні схеми. Правила організації і ведення технологічного процесу	Директор Медичний бухгалтер
П 2.6	Управління організаційно-розподільчою документацією: посадова інструкція; накази, розпорядження, службові записи, зовнішнє і внутрішнє листування	Директор Медичний бухгалтер Гл. бухгалтер
П 3	Внутрішній аудит	Гл. бухгалтер
П 4	Управління медичними послугами невідповідної якості	Директор Медичний бухгалтер

продовження таблиці 3.3

1	2	3
П 5	Управління корегуючими і застережливими діями	Директор Медичний бухгалтер
П 6	Метрологічне забезпечення медичних послуг	Директор Медичний бухгалтер
П 7	Управління фінансовими ресурсами	Директор Гл. бухгалтер
П 8	Управління людськими ресурсами	Директор Медичний бухгалтер
П 9	Управління виробничою середою	Директор Медичний бухгалтер
П 10	Управління охороною праці	Директор Інженер по ТБ
П 11	Виробництво медичних послуг	Директор Медичний бухгалтер

Примітка: складено за [71-79]

Визначення складу процесів системи менеджменту якості КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» здійснює директор лікарні та медичний директор.

За кожним процесом закріпленій керівник. Керівник це – посадова особа, що несе відповідальність за результативність і ефективність процесу а також виділення ресурсів, необхідних для планування і ведення процесу; поточний менеджмент процесу з метою досягнення запланованих результатів. Він забезпечує його робоче функціонування.

Процеси системи якості діляться на:

управлінські процеси, результатами яких є підвищення результативності і ефективності процесів системи менеджменту якості;

базові процеси пов'язані із забезпеченням функціонування життєвого циклу послуги, результатом яких є випуск послуг і задоволення вимог споживача;

що забезпечують процеси, результатами яких є забезпечення надійного функціонування всіх процесів системи менеджменту якості [55].

У карті процесу мають бути визначені цілі процесу входи і виходи, вимоги до них, постачальники і споживачі процесу, ресурси за допомогою яких входи перетворюються на виходи, контрольні крапки, методи контролю критерії результативності і ефективності процесу [67-71].

Запропонована система якості періодично повинна аналізуватися і оцінюватися керівництвом КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» для того, щоб переконатися, що вона задовольняє вимогам і ефективна. Одним з головних елементів аналізу є підготовка звіту для аналізу якості.

Директор, медичний директор та інше керівництво КНП повинне проводити аналіз і оцінку системи якості на підставі отриманих даних, представлених у вигляді довідки за оцінкою якості з висновками і пропозиціями по вдосконаленню її.

Вхідні дані для аналізу формуються на основі:

результатів зовнішніх і внутрішніх аудитів;

перевірок виконання дій, що коректують і застережливих;

звітів про витрати на якість; функціонування процесів;

відповідність медичних послуг;

подальші дії витікаючи з попереднього аналізу з боку керівництва;

рекомендацій по поліпшенню системи менеджменту якості;

аналізу претензій;

перерозподілу ресурсів забезпечення якості.

В результаті проведеного аналізу керівництво КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» дає оцінку ефективності функціонування системи якості приймає управлінські рішення і розробляє рекомендації з:

внесенню змін до Політики в області якості;

зворотному зв'язку із споживачем.

вдосконаленню організаційної структури управління підприємством;

розширенню зони дії системи якості та змін;

перерозподілу відповідальності по принципах системи менеджменту якості;

підвищенню результативності якості медичних послуг і її процесів;
поліпшенню сервісу згідно вимог споживачів.

Дані рекомендації є вихідними даними аналізу системи якості.

Для забезпечення і підтримки в робочому достатку системи управління якістю, реалізації політики в області якості на КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» повинні виділятися необхідні ресурси: людські; інфраструктура; виробнича середа; фінансові.

Визначення потреби в ресурсах необхідно визначати на початок року в організаційно-технічних заходах і додатково за результатами застережливих дій, що коректують систему управління якістю.

Управління трудовими ресурсами КНП повинне здійснюватися керівництвом для підвищення максимального задоволення вимог - споживачів шляхом виконання, функціонування системи управління якістю, постійного підвищення результативності і ефективності.

Людські ресурси КНП. Для виконання завдань і функцій, покладених на структурні підрозділи лікарні, підбираються медичні працівники з відповідною освітою, кваліфікацією, особистими якостями, які використовують свої знання і здібності для реалізації цілей. Вимоги до компетенції і обізнаності медичного персоналу визначені в посадових інструкціях і підтверджуватися результатами кваліфікаційної атестації.

Підготовка персоналу направлена на навчання всіх категорій що працюють прийомом і методам, необхідним для якісної роботи на конкретному робочому місці. Підготовка і підвищення кваліфікації персоналу, у тому числі і нових працівників, сприяє розумінню політики в області якості, а також освоєнню методів і засобів, що забезпечують повноцінну їх участь у функціонуванні управління якістю. Підготовка кадрів повинна здійснюватися на основі визначення потреб по категоріях тих, що працюють:

керівний (адміністративно-управлінський) персонал;

керівники структурних підрозділів;

медичний персонал.

Навчання персонал в КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» може здійснюватися по п'яти напрямленнях:

- підготовка нових лікарів, медичних сестер;
- перепідготовка медичного персоналу;
- навчання суміжним професіям;
- підвищення кваліфікації робітників;
- підвищення кваліфікації керівників.

Відповідальність за своєчасне навчання своїх працівників несуть керівники структурних підрозділів. Критеріями оцінки результативності і ефективності підготовки кадрів є забезпеченість відділень висококваліфікованими кадрами.

Інфраструктура КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк». Для досягнення відповідності встановлених вимог до послуг, у лікарні є і підтримується в робочому стані інфраструктура, яка забезпечена необхідними ресурсами. Інфраструктура включає:

- будівлі (ремонтно-будівельна ділянка);
- устаткування для медичних процесів;
- інформаційні ресурси.

Виробнича середа. Для забезпечення умов виробництва, на підприємстві здійснюється контроль за достатком виробничої середи на відповідності вимогам санітарних правил і норм.

Відповідальність за управління ресурсами покладається на керівників структурних підрозділів під керівництвом директора КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» за:

- фінансове забезпечення – головний бухгалтер;
- інфраструктуру, виробничу середу і їх забезпечення – механіка, інженера по техніці безпеки;
- інформаційне забезпечення – головного бухгалтера;
- забезпечення людськими ресурсами –директора, медичного директора.

3.2. Реалізація механізмів управління якістю медичної допомоги на основі механізмів клінічного аудиту (на прикладі КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк»)

Механізми управління якістю формуються у відповідності до самої системи якості та її складників. Вони у свою чергу закладаються у контрольні функції оцінки медичних послуг та допомоги та відносяться до аудиту.

Термінологічне визначення аудит, у найбільш поширеному визначенні, є перевірка та підтвердження за незалежним оцінюванням роботи підприємства (фінансової, медичних послуг, лабораторних послуг, роботи медичного персоналу та ін.) щодо її достовірності, повноти та законності.

Аудит поділяється на зовнішній та внутрішній. Зовнішній аудит найбільш використовується на рівні держави, органів місцевого самоврядування тощо, та буває обов'язковий, на вимогу і добровільний. При цьому закордоном він має три види: аналіз та підтвердження фінансової звітності, відповідність вимогам галузі та ефективність фінансово-господарської діяльності.

У загальному підході до аудиту він може оцінювати наступні об'єкти, такі як бухгалтерська поточна інформація, установчі документи та ін. З боку медичної галузі, окрім загальних підходів в якості об'єктів аудиту може бути окремі форми статистичної звітності, первинні медичні документи та інше.

Згідно Наказу МОЗ України № 751 від 28.09.2012 (із змінами) « Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» клінічний аудит - процес поліпшення якості медичної допомоги за допомогою систематичної перевірки наданої медичної допомоги з використанням чітко сформульованих критеріїв і з подальшим внесенням змін. На основі перевірки і ретроспективної оцінки елементів структури, процесу і результату медичної допомоги визначаються заходи, які необхідні

для підвищення якості на індивідуальному, колективному або організаційному рівнях [51].

Виходячи з цього можна констатувати, що це є передумовами створення певної системи стандартів якості медичної допомоги та механізмів їх вимірювання. Створені стандарти медичної допомоги у закладі стають запорукою того, що запровадженні механізми управління ризиками в її наданні підтримують надання ефективної, безпечної та орієнтованої її на пацієнта/клієнта. Ці стандарти використовуються при акредитації лікувального закладу, оскільки містять критерії якості та індикатори якості медичної допомоги.

Розробкою стандартів медичної допомоги займається Міністерство охорони здоров'я України, представників громадськості і медичних працівників, проте, їх адаптування йде на саме на рівні лікарні. Критерії які закладено у стандарті надання медичної допомоги моніторуються, зрівнюються з індикаторами якості та вимірюються шляхом проведення їх впровадження на рівні закладу охорони здоров'я.

Кожний крок у розробки стандартів з якості надання медичної допомоги закладаються у методики, настанови або стандарти, які вміщують у себе наукову обґрунтованість, цілісність набору критеріїв стандарту медичної допомоги, здійсненність на практиці, а також індикаторів якості медичної допомоги.

Якість медичних послуг залежить від впливу внутрішніх і зовнішніх чинників, до яких ми відносимо: створення проякісного мислення у медичного персоналу, культуру колективу медичної установи, безперервне піклування про пацієнтів. Це створює ланцюг поступових етапів чи кроків у напрямку досягнення якості медичних послуг (рис.3.1).

Підґрунтуємо, проякісне мислення це створення певної системи управління у закладі яка залучає всіх членів медичного колективу до досягнення цілій лікарні. По іншому, це усвідомлення своєї ролі та

відповідальності за кінцевий результат медичної послуги на всьому її проміжку.

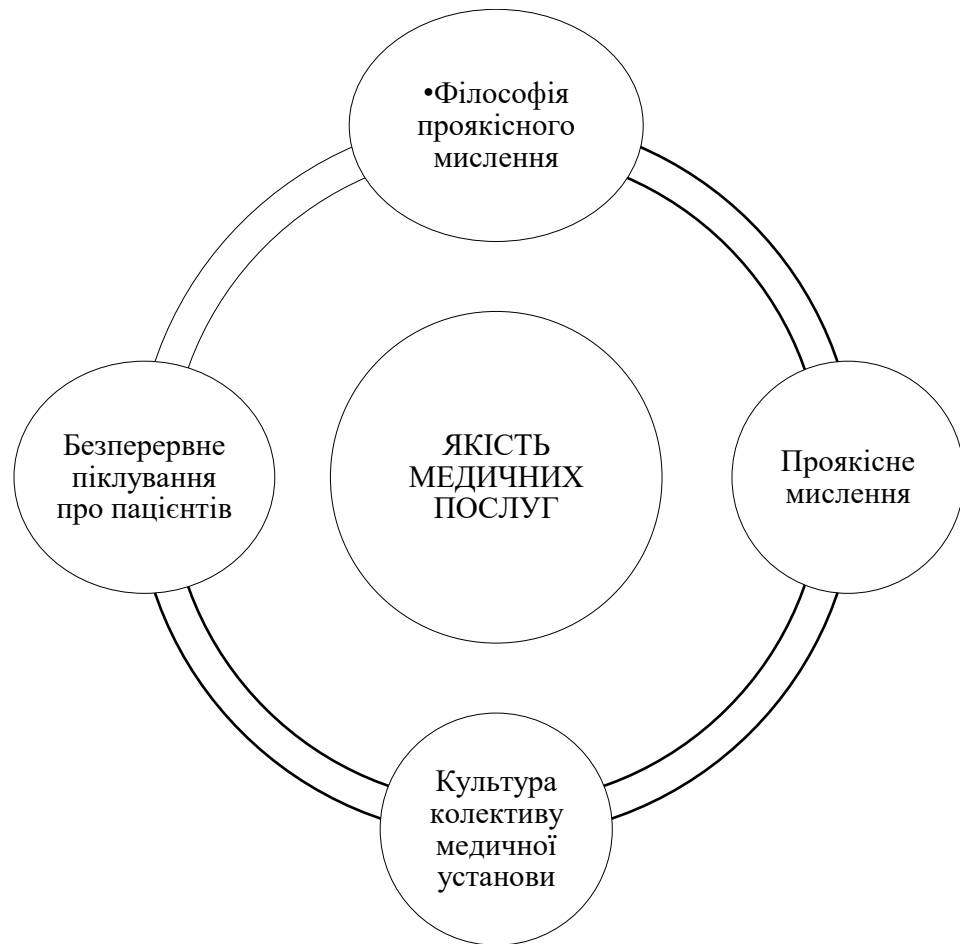


Рис. 3.1. Ланцюг у створенні якості медичних послуг

Ефективне управління якістю послуг – це найважливіше стратегічне завдання, що стоїть перед медичною установою. В умовах сучасної дійсності це вимагає радикальної зміни наявної ситуації та розробку програми, спрямованої на пріоритети якості.

Поширена думка, що брак коштів перешкоджає реалізації цієї мети, – не зовсім вірна, тому що існують так звані «безінвестиційні можливості» щодо покращення якості медичних послуг, а в багатьох випадках можлива зміна розподілу наявних у розпорядженні лікувальних закладів ресурсів, яка покращить якість [43].

У високій якості медичних послуг повинні бути зацікавлені, перш за все, пацієнти, проте і самі заклади охорони здоров'я мають підвищувати рівень

запропонованих медичних послуг. Це дасть змогу останнім збільшити шанси на ринку конкурентів, що вплине на кількість потенційних пацієнтів [37,с.78].

Вся діяльність КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» спрямована на досягнення кінцевого результату. Досягнення мети спрямована на ефективне використання наявних засобів, практичних навичок, інформаційно-комунікаційної складової.

Основа функціонування КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» – це передусім забезпечення засобами, зокрема:

- медичним устаткуванням;
- спеціалізованим програмним забезпеченням;
- матеріальним ресурсами.

Наявність високотехнологічного медичного обладнання в КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» характеризує його як сучасну медичну установу. Забезпечення лікарні медичним устаткуванням слугує не лише вимогам надання медичної допомоги, але і спеціалізації лікувального закладу.

До спеціалізованого ІТ забезпечення, у лікувальному закладі, віднесено систему управління базами даних (для ведення баз даних про пацієнтів, працівників, історії хвороб тощо), програму для обробки результатів ультразвукової діагностики, спеціалізовані графічні програми для обробки і проведення рентгеноскопичних досліджень тощо.

Щодо людських ресурсів, то необхідно брати до уваги важливі аспекти: підвищення кваліфікації працівників відповідно до спеціалізації, як про здатність адаптуватися до сформованого колективу та працювати єдиною командою. Безперервне, повномасштабне функціонування КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» не можливе без належного забезпечення його матеріальними ресурсами.

Однак, наявність усіх перелічених ресурсів самі по собі не дають можливості використати їх за призначенням. Важливий елемент, що об'єднує

згадані ресурси, але й дозволяє їм досягнути поставленої мети, є знання про управління засобами.

Наявність матеріальних ресурсів КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» спрямовано на забезпечення повноцінної роботи лікувального закладу.

Практичні навички і вміння керівників, медичних працівників утворюють вплив на отримання пацієнтами якісних медичних послуг. У цьому контексті варто розглядати два аспекти: досвід роботи; підвищення кваліфікації.

Досвід роботи дозволяє працівникам, спираючись на отримані знання у вищих навчальних закладах, виробити певні практичні навички, які стануть у нагоді в їхній подальшій професійній діяльності.

Загалом, розглядаючи поняття «якість медичних послуг», варто брати до уваги неоднозначність його трактування. Причина цього криється в сутності згаданого поняття, яке розглядають як з точки зору пацієнтів, так і діяльності лікувального закладу [73,с34; 80].

Іншими словами, одну і ту ж медичну послугу можна оцінити під кутом якості різними пацієнтами, які напрацювали для себе різні критерії оцінки якості. У той же час, пацієнти оцінюють якість послуг суб'єктивно і відносно, порівнюючи їх з іншими. Відомі в світовій практиці чинники якості медичних послуг наведено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Чинники якості медичних послуг

Чинник	Характеристика
1	2
Матеріальність	наявність сучасного лікувального обладнання, забезпечення медичним персоналом належного професійного рівня, ступінь поінформованості
Доступність	місце розташування лікувального закладу, зручність пошуку, наявність контактного персоналу, ширину і глибину пропозиції, час, який може виділити персонал для кожного пацієнта

Естетика	оцінка загального вигляду середовища, де будуть надаватися медичні послуги, підбір персоналу та способу презентації певної медичної послуги
Догляд	увага, терпіння, співчуття бажане для пацієнтам, увага до пацієнта, забезпечення комфорту та спок
Чистота	ступінь утримання матеріальних компонентів пакету послуг, як-от: навколишнє середовище, товари, обладнання і персоналу
Комфорт	задоволення всіх потреб та побажань, фізичний комфорт
Зобов'язання	відчутна прихильність персоналу, працьовитість, сумлінність, що впливає на задоволення у зв'язку з їх діяльністю
Комунікація	здатність спілкуватися з пацієнтом у такий спосіб, який йому зрозумілий – чіткий, послідовний, логічний, надання достовірної інформації, вміння слухати і розуміти пацієнта, ставитися до нього індивідуально, а не в рамках «історії хвороби»
Фаховість	майстерність і професіоналізм обслуговування, виконання побажань пацієнта належним чином, знання послуг, що надаються співробітникам, надання хворим хороших, розумних порад, загальна здатність і готовність виконувати свою роботу добре
Люб'язність	повага і хороші манери, проявлені при наданні послуг контактного персоналу під час спілкування з пацієнтом, свобода дій з боку персоналу
Гнучкість	тенденція лікувальних закладів до поліпшення і зміни спрямованості послуг на користь та задоволення потреб пацієнтів
Ввічливість	особиста приязнь контактного персоналу, щирість у відношенні до хворих, емпатія, індивідуальний підхід до кожного хворого
Функціональність	практичність, здатність пристосуватися до мети та відповідного рівня якості послуг, апаратури, медикаментів
Чесність	неупередженість, об'єктивність, надійність способу надання послуг
Розуміння пацієнта	постійне прагнення пізнати пацієнтів і їх потреби
Надійність	надійність персоналу, приміщень, устаткування та дотримання обіцянок пацієнтам
Чутливість	негайне реагування на нагальні потреби пацієнтів, зведення до мінімуму часу очікування, викорінення черг
Безпека	особисті почуття безпеки пацієнта в процесі обслуговування, дотримання конфіденційності

Примітка: складено за [71-80]

Загалом, визначення чинників що впливають на якість медичних послуг КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» є обов'язковою умовою, а проте недостатньою для ефективного управління лікувальним закладом та якістю запропонованих послуг. Важливо при цьому затвердити стандарти якості, про які ми згадували раніше.

КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» планує і застосовує процеси моніторингу, виміри, аналізу і поліпшення, необхідні для підтвердження:

- відповідності послуг, що надаються, встановленим вимогам;
- відповідності системи менеджменту ДСТУ ІСО 9001-2015;
- постійного підвищення результативності управління якості.

З метою аналізу медичних послуг, що надаються, розробляються анкети по роботі із пацієнтами. При проведенні внутрішнього аудиту виявляються невідповідності системи менеджменту якості, перевіряється ефективність зроблених дій, що коректують.

Результати внутрішніх аудитів використовуються керівництвом КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» для аналізу системи менеджменту якості, її поліпшення.

На базі умовно-постійної складової медико-соціальної моделі управління якістю медичної допомоги в КНП «Обласний Перинатальний Центр м. Краматорськ» можливе функціонування та розвиток умовно-змінної складової, тобто ефективне впровадження системи безперервного покращення якості медичної допомоги на основі циклу внутрішнього аудиту (ВА).

Цикл ВА складається з трьох основних етапів:

- планування;
- процес;
- коригуюча дія.

За результатами проведення циклу приймаються певні управлінські рішення, що мають на меті покращення існуючого рівня якості медичної допомоги в КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» та його структурних

підрозділів. Наступним етапом є аналіз ефективності впроваджень і, при необхідності, проведення повторного аудиту для підтримання безперервності удосконалення процесів надання медичної допомоги.

Впровадження медико-соціальної моделі покращення якості медичної допомоги в КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» передбачає забезпечення необхідних умов для успішного функціонування системи безперервного покращення управління якістю на основі ВА.

Насамперед, у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» створюється нормативно-правова база управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації (розробляються локальні клінічні протоколи, накази, методичні рекомендації, маршрути пацієнтів, внутрішні технологічні стандарти, форми для анкетування, річні плани і т.п.).

Одночасно з нормативно-правовою базою у КНП «формується середовище, сприятливе до безперервного покращення якості медичної допомоги, що передбачає:

лідерство керівництва;

проведення загальних зборів колективу з роз'ясненням цілей та принципів концепції безперервного покращення якості (доброзичливість, конфіденційність, використання вже наявних даних, відсутність покарання або обвинувачення у результаті проведення аудиту, забезпечення навчання персоналу);

створення структурної компоненти безперервного покращення якості медичної допомоги: необхідних моно- або мультидисциплінарних груп, до складу яких наказом директора можуть бути залучені працівники різних підрозділів, споживачі медичних послуг, представники громадських організацій;

формування мотиваційної компоненти: системи матеріальної та моральної винагороди за надання якісної медичної допомоги та участі у роботі мультидисциплінарних груп.

Однією із умов успішної реалізації політики у сфері якості КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» є формування мотивації персоналу медичної організації до якісного виконання своєї роботи і до активної участі у процесах управління якістю. У даному напрямку адміністрація періодично проводить дослідження щодо вивчення мотиваційних важелів у працівників, використовує принципи економічного та морального стимулювання.

Найактивнішим співробітникам створює умови для подальшого професійного, адміністративного або наукового зростання при досягненні певних успіхів у сфері якості. Основні досягнення, як окремих співробітників, та і всього колективу доцільно демонструвати на загальнолікарняних нарадах, на зборах трудового колективу, на адміністративних нарадах районного та обласного масштабів, а також висвітлювати у засобах масової інформації.

Система навчання співробітників КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» проводиться на робочому місці у рамках систематизованої програми навчання у малих групах з викладанням питань, що стосуються вузькопрофесійної сфери інтересів тих, що навчаються, фокусуючись на проблемі безперервного покращення якості.

Розвиток співробітництва медичного персоналу з пацієнтами здійснюється у чотирьох напрямках:

деонтологічної складової, навчання і забезпечення безпеки пацієнтів; систематичний аналіз (моніторинг) думки пацієнтів про якість медичних послуг, що надаються; співробітництво з громадськими об'єднаннями хворих.

Навчання пацієнта включає цілий напрямок діяльності закладу, що складається з забезпечення інформованості хворих про захворювання і навчання практичним навичкам, що виконується безпосередньо хворим у процесі лікування і вдома після лікування.

Проводяться заняття за відповідними програмами з хворими, на протязі яких пацієнтам надається інформація про теоретичні основи їх хвороби, профілактичні рекомендації та практичні навички.

Систематичний аналіз думки пацієнтів про якість наданих послуг є обов'язковим розділом роботи адміністрації медичної організації у системі управління якістю лікувально-діагностичного процесу, оскільки задоволеність пацієнта і дотримання етико-деонтологічних принципів є індикаторами якості роботи медичного персоналу.

Співробітництво з громадськими об'єднаннями хворих є одним із напрямків діяльності адміністрації КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» при створенні шкіл для вагітних та ін., проведенні інформаційно-роз'яснювальної роботи, а також при вивченні та аналізі думки населення про якість медичної допомоги.

Таким чином, для ефективного функціонування медико-соціальної моделі системи управління якістю медичної допомоги в КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» необхідна розробка нормативно-методологічної бази на основі стандартизації процесів надання медичної діяльності, створення сприятливого середовища в колективі щодо принципів реалізації концепції, розроблення системи матеріального та морального заохочення за надання якісної медичної допомоги та участь у процесах покращення якості медичної допомоги.

3.3. Шляхи вдосконалення системи управління медичною допомогою населенню на Комунальному Неприбутковому Підприємстві «Центральна міська лікарня м. Торецьк»

Вдосконалення системи управління медичною допомогою населенню потребує керування. Цей процес має спиратися на цикл Демінгу, тобто його чотирнадцять принципів [74]. Їх характеристика наведена у таблиці 3.5

Принципи циклу Демінгу

№	Принцип	Характеристика
1	2	3
1	Створення постійних цілей до якості послуг (продукції), зорієнтованих на досягнення конкурентних переваг	Діяльність будь-якого підприємства (установи) не може спиратися лише на сьогоднішню діяльність та потреби. Варто окреслити довготермінові цілі, що мають безпосередній вплив на рівень якості запропонованих виробів чи наданих послуг. Головна мета – постійне покращення якості – повинна бути досягнута через підвищення конкуренції і надання робочих місць.
2	Застосування нової філософії управління	Методика управління через філософію TQM була методикою марнотратства та повторення помилок. Проблема, котра переслідувала фірми, полягала у малій ефективності продукції, яка сприяла поганій фінансовій ситуації підприємств (установ), що знаходили своє віддзеркалення в економіці країни. Єдиним способом підвищення ефективності при одночасному обмеженні скорочення витрат є зменшення неякісної продукції (послуг). Застосування всебічного управління через якість стає порятунком для фірм. Для того, щоб філософія управління була ефективною, потрібна її підтримка з боку керівництва, яке намагається передати підлеглим методологію досягнення мети.
3	Реєстрація методу масового контролю як способу забезпечення якості.	У момент коли зменшиться змінність у процесі та він буде стабільним і повторювальним, відпадає потреба контролювати всю представлену продукцію. На цьому етапі можна застосувати статистичний контроль, який сам по собі є менш вартісним та представить картину дефектів виробничого процесу продукції (надання послуги). Стовідсоткова перевірка всієї продукції (послуг) не дасть бажаного результату, натомість варто сконцентруватися на спектрі проблемних товарів (послуг) з метою запобігання такому стану.
4	Припинення поширених практик вибору підрядників виключно на основі ціни.	Сама по собі ціна жодним чином не говорить нам про якість постачальника. Фірма повинна знати, що якщо дешево купимо браковані матеріали, то на наступних етапах продукування видатки перевищать очікування підприємства (установи). Саме тому поряд із ціновим критерієм варто приділяти вагому увагу якості пропонованих матеріалів, що призведе до зменшення дефектів продукції (послуг).

Продовження таблиці 3.5

1	2	3
5	Безперервний та нескінченний процес вдосконалення продукції та послуг, що спричиняють покращення якості, продуктивності та зменшення видатків.	Постійне вдосконалення лежать в основі кожної системи управління. Завжди існує можливість вдосконалення процесу. Відповідальність за це завжди лежить на керівництві фірмою. Управлінці повинні створити атмосферу, котра дозволить працівникам дотримуватися вдосконалення всіх процесів (від прийняття сировини до продажу продукції (надання послуг)).
6	Запровадження сучасних методів навчання.	Керівництву необхідно безпосередньо включитися в процес вдосконалення навчання, що в результаті позначиться на ширшому використанні можливостей усіх працівників. Таке вдосконалення повинно охоплювати широкий спектр діяльності підприємства (організації), а також психології та методики управління підприємством і персоналом.
7	Запровадження інституційного керівництва.	Удосконалення якості автоматично збільшує ефективність. Саме тому не варто прив'язуватися лише до ефективності. Лідером повинна бути та особа, котра звертає увагу не лише на кількісні показники та помагає працівникам у реалізації припущень. Керівництву варто сконцентруватися на таких взаєминах, що зумовлюють вільну комунікацію та запобігають виникненню браків на всіх стадіях життєвого циклу продукту (послуги).
8	Відкидання страху так, щоб всі могли працювати продуктивніше для підприємства (організації).	Жоден керівник не повинен боятися говорити про проблеми своєму підлеглому. Лише така комунікація буде ефективною та приносить додану вартість. Тому не можна запроваджувати атмосферу кількісних цільових показників для отримання результату, а не якості.
9	Руйнування бар'єрів між підрозділами підприємства (організації)	Усі підрозділи фірми повинні створювати організм, що належним чином функціонує. Проблеми окремо взято відділу повинні бути розв'язані централізовано, шляхом ефективного обміну інформацією. Для досягнення цієї мети потрібно ліквідувати окремі підрозділи, що діють автономно в структурі підприємства (організації), тобто як фірма в фірмі. Всі відділи повинні працювати ефективно, щоб підприємство (організація) отримували прибутки.

Закінчення таблиці 3.5

10	Ліквідація всіх форм просування для заохочення до досягнення високої продуктивності та рівня «нуль дефектів»	Часто керівництво фірми пропагує та вимагає дотримання політики "нуль дефектів", що спричиняє тиск на рядових працівників та непокоїть їх. Відомо, що такої системи не існує, тому виголошення такого типу гасел не допоможе, а, навпаки, може зашкодити продуктивним відносинам.
11	Ліквідація заміників справжнього лідерства та ліквідація управління через ціль	Замість кількості необхідно запроваджувати методи для підтримки процесів на підприємстві (установі), ефект яких буде проявлятися в покращенні продуктивності. Щоб збільшити якість та ефективність, можна застосувати статистичні методи.
12	Ліквідація бар'єрів, які не дозволяють працівникам та менеджерам мудро використовувати свою працю	У фірмі кожний виконує свою функцію: монтувальник одну, працівник на виробничій лінії – іншу, заступник директора з питань якості, відповідно, третю. Праця кожного з цих працівників однаково важлива та має однаковий вплив на кінцевий продукт (послугу). Лише праця без бар'єрів між ланками є ефективною та приносить усім користь.
13	Запровадження інтенсивних навчальних програм та заохочення до постійного вдосконалення.	Знання виступають однією із засад ефективної роботи фірми. Мова йде про знання актуальні та придатні для виконання щоденних обов'язків. Керівництво повинно виробити в своїх працівників навички самоосвіти, показавши переваги цього. Самовдосконалення кардинально впливає на відчуття власної вартості та додає впевненості в собі, що дуже важливо при виконанні відповідальної роботи
14	Залучення всіх працівників до процесу трансформації.	Жодна система не буде функціонувати без залучення всього колективу підприємства (установи). Практика свідчить, що завжди зустрічаються працівники, котрі не приймають реформ і яких не вдається переконати щодо нововведень. Важливим аспектом у цій справі являється вміння доступно пояснити працівникам всі переваги запропонованих змін.

Примітка: складено за [73-77]

Як бачимо, обґрунтовані Демінгом принципи управління є добрим інструментом до повномасштабного функціонування медичного закладу.

Головна ідея цих постулатів полягає в задоволенні пацієнта через високу якість послуги.

Однак, практичні підходи до управління якістю мають вісім засад. На цьому наголошує Світова організація стандартизації (International Organization for Standardization) [74]. Хоча вони стосуються виключно промислових підприємств, їх можна використати і у закладі охорони здоров'я (рис. 3.2).

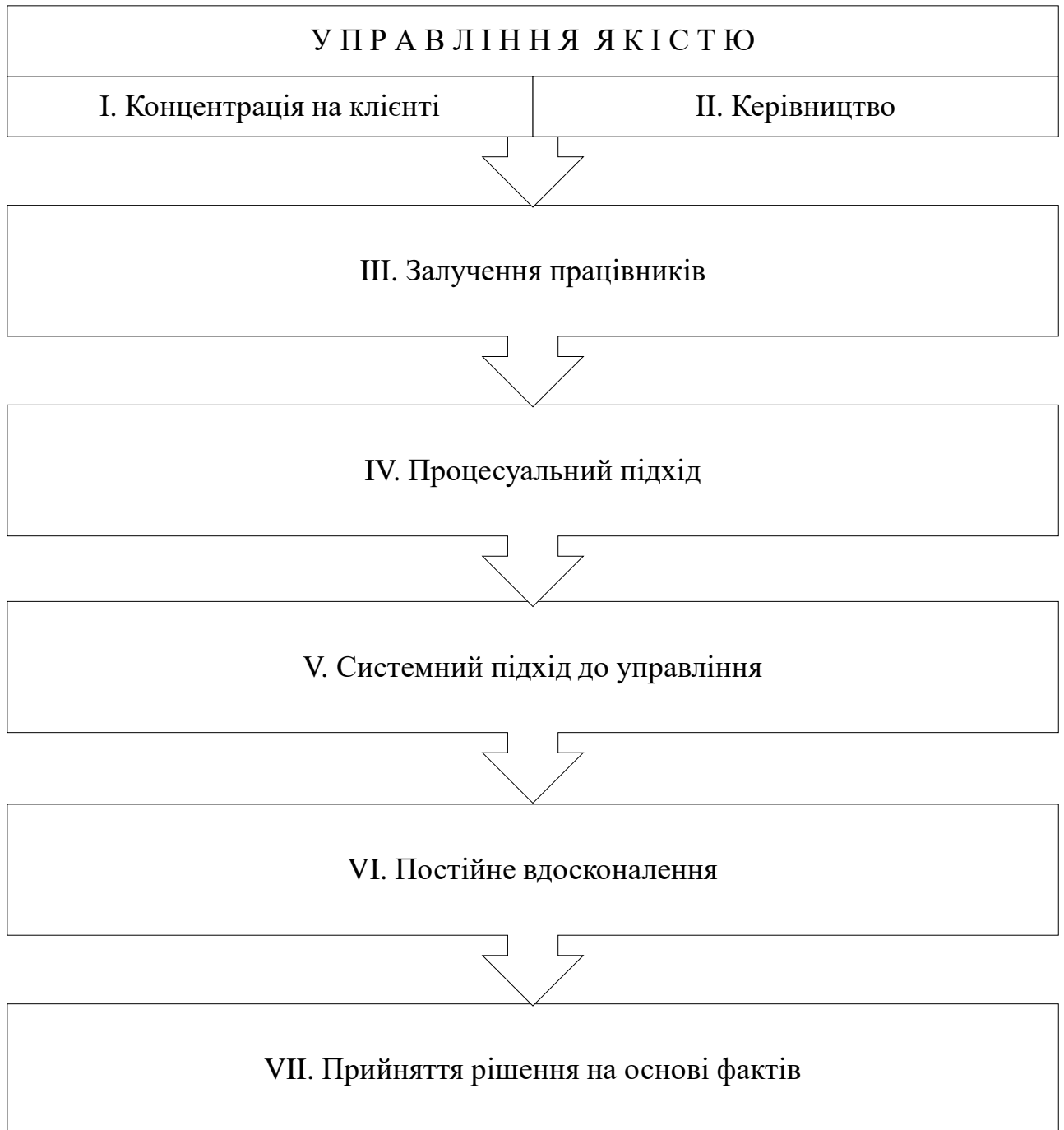


Рис. 3.2. Схема взаємодії практичних підходів до управління якістю

Кожна засада ґрунтується на певних принципах керівництва, а саме:

- концентрація на клієнті - усвідомлення наявних та майбутніх потреб клієнтів, щоб задовольняти їхні потреби та перевершити очікування;
- керівництво – встановлюється єдність мети та напрямів діяльності ЗОЗ, створюється підтримка внутрішнього середовища, в якому всі працівники залучені до досягнення цілей лікувального закладу;
- залучення працівників – люди в медичній установі є її основою, їхнє повне залучення дозволить створити певне благо організації;
- процесуальний підхід – результат стає ефективнішим, коли діяльність та засоби використовуються як процес;
- системний підхід до управління – веде до підвищення ефективності медичного закладу в напрямку досягнення встановлених цілей;
- постійне вдосконалення – повинно бути завжди присутнім в цілях лікувальної установи;
- прийняття рішення на основі фактів – приймаються завдяки аналізу отриманих даних та інформації;
- взаємовигідні відносини з постачальниками – медичний заклад та його постачальники створюють взаємні користі, що збільшує здатність обох сторін до створення вартості.

Ці принципи покладено до індикаторів якості, які можуть використовуватися в залежності від рівня надання медичної допомоги. До індикаторів структури забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні її надання відносяться:

- відповідність структури та потужності стаціонару галузевим нормативам та показникам поширеності хвороб серед населення території обслуговування і обрахованим потребам населення в стаціонарній медичній допомозі;
- наявність приймального відділення – відділення екстреної медичної допомоги з наявністю оснащених протишокових палат, забезпечених

необхідними лікарськими засобами в яких цілодобово працює підготовлений з питань екстреної медичної допомоги медичний персонал;

укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами,%;

укомплектованість штатних посад молодших медичних працівників з вищою освітою фізичними особами,%;

співвідношення штатних посад лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою;

розподіл фізичних осіб лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою за кваліфікаційними категоріями;

рівень фінансування з розрахунку на один ліжко-день, грн. в тому числі на придбання лікарських засобів та харчування;

відповідність переліку та площ приміщень вимогам ДСТУ;

наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення;

забезпеченість структурних підрозділів медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, затверджених МОЗ України;

наявність в структурі лікарні не менше 10% ліжок інтенсивної терапії оснащених відповідно до нормативів апаратами штучної вентиляції легенів, моніторинговою апаратурою та дозаторами для введення лікарських засобів;

наявність безперебійного 3-х денного запасу лікарських засобів для проведення інтенсивного лікування пацієнтів та надання екстреної медичної допомоги за списком затвердженим головним лікарем;

забезпеченість лабораторною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю;

забезпеченість ендоскопічною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю;

забезпеченість функціональною (інструментальною) діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю

наявність затвердженої системи наступності медичної допомоги між її етапами та рівнями надання;

наявність в структурних підрозділах персональних комп'ютерів з доступом до системи інтернет;

наявність відпрацьованої системи умов госпіталізації пацієнтів, які потребують інтенсивної медичної допомоги та при надходженні великої кількості хворих та постраждалих;

забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.

На основі проведеного аналізу було виявлено невідповідність послуг, що надавалися, встановленим вимогам унаслідок слабкого рівня планування маршрутів пацієнтів, слабкій обізнаності про місце знаходження тощо.

З метою усунення даних негативних чинників пропонується упровадити систему моніторингу і управління, що працює через мережу Інтернет, використовує ресурси мереж супутникового зв'язку стандарту GSM. У системі на сучасному рівні вирішені питання розділення прав доступу і інформаційної безпеки, використовуються останні досягнення в області зв'язку.

Важливо, щоб КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» не тільки оцінювала якість, але і управляла нею. У цьому зв'язку необхідно:

визначити ключові атрибути якості обслуговування з погляду керівництва і пацієнта;

виявити прогалини щодо сприйняття та забезпечення очікувань хворих; розуміння наслідків того, що управління якістю послуг дає змогу усувати вразливі місця процесу.

Визначення та врахування усіх можливих прогалин, дозволить здійснювати ефективне управління якістю.

Беручи до уваги перебіг контактів КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» із постачальником послуг, виникає питання, яким є обслуговування пацієнта. Ця категорія тісно визначає якість обслуговування. Таким чином, управління якістю у КНП повинно розглядатися як очевидний факт, але не завжди на практиці воно зрозуміле для пацієнтів, які роблять вис

Розглядаючи якість, необхідно звернути увагу на зв'язок між якістю та кількістю послуг, що надаються у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк», та на якість ресурсів, які брали безпосередню участь при наданні медичних послуг.

Для останніх згадані аспекти мають важливе значення. З одного боку, лікарі скаржаться на велику кількість пацієнтів, котрих вони повинні прийняти за один день, з іншого боку, має місце обмеженість ресурсів, що не завжди дозволяє придбати відповідні приміщення, обладнання, технології, які повною мірою можуть гарантувати високу якість обслуговування.

У рамках контролю та покращення якості наданих медичних послуг і з метою дослідження результативності якості в центр процесу поставлено пацієнта.

Безсумнівно, переваги управлінських процедур полягають у мобілізації з медичним персоналом, надавачами послуг, вивчення всіх елементів, що впливають на їх якість.

Необхідно працювати над стандартами в якій спосіб повинна надаватися медична допомога. Результати командної роботи медиків допомагають при прийнятті рішень під час діагностики і лікуванні.

Проектування послуги у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» варто здійснювати із врахуванням її функціональних та семіотичних аспектів. Зокрема, коли йдеться про функціональність акушерської послуги, цей аспект характеризує її практичність. Це стосується способу надання акушерсько-гінекологічних послуг, визначення необхідної медичної апаратури та засобів, затвердження кількості та типу персоналу, встановлення типу діагностики, вибір параметрів надання послуг, засобів безпеки.

Таким чином, до шляхів вдосконалення системи управління медичною допомогою населенню на Комунальному Неприбутковому Підприємстві «Центральна міська лікарня м. Торецьк» відноситься створення певних індикаторів внутрішнього аудиту, завдяки яким поліпшується якість надання медичної допомоги населенню, відокремлюються боки на які треба звернути увагу керівництву для вплива на них певних важелів управління.

Висновки до розділу 3

Опрацьований матеріал дослідження дав змогу встановити правила управління якістю надання медичних послуг у КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк» та зробити наступні висновки:

Орієнтиром для управління якістю медичних послуг є пацієнт/клієнт всіх етапах їх надання. При цьому всі працівники медичного закладу є ланцюгами в цієї системи, або механізмами у справах якості. У певних частинах напрацювань внутрішнього аудиту зазначаються вимоги до кваліфікації медичних працівників, які вони могли виконувати послуги певного типу для отримання додаткових коштів на розвиток лікарні. Вони можуть розподілятися на медичне обладнання, яке необхідне при наданні послуги та врахуванні місцевих умов, в яких послуги бути виконані, враховуючи лише технічну та функціональну якість їх надання.

Доведено, що управління трудовими ресурсами КНП повинне здійснюватися керівництвом для підвищення максимального задоволення вимог - споживачів шляхом виконання, функціонуванням системи управління якості, постійного підвищення результативності і ефективності. Де, для виконання завдань і функцій, покладених на структурні підрозділи лікарні, підбираються медичні працівники з відповідною освітою, кваліфікацією, особистими якостями, які використовують свої знання і здібності для реалізації цілей. Вимоги до компетенції і обізнаності медичного персоналу

визначені в посадових інструкціях і підтверджуватися результатами кваліфікаційної атестації.

Визначено, що ефективне управління якістю послуг – це найважливіше стратегічне завдання, що стоїть перед медичною установою. В умовах сучасної дійсності це вимагає радикальної зміни наявної ситуації та розробку програми, спрямованої на пріоритети якості.

На основі проведеного дослідження аналізу було виявлено невідповідність послуг, що надавалися, встановленим вимогам унаслідок слабкого рівня планування маршрутів пацієнтів, слабкій обізнаності про місце знаходження тощо. З метою усунення даних негативних чинників розроблено пропозиції, які упроваджують систему моніторингу і управління, яка працює через мережу Інтернет, використовує ресурси лікарні.

До них відноситься створення певних індикаторів внутрішнього аудиту, як невід'ємної частини системи загального професійного менеджменту в системі охорони здоров'я, а саме: оцінка безпеки медичної послуги, результат і якість процесу, досвід пацієнтів, оцінка організації допомоги, людських та матеріально-технічних ресурсів, що використовуються для надання медичної послуги; безпосередньо медична допомога, проведення лікувально-діагностичних процедур відповідно до клінічних настанов, протоколів і стандартів; оцінка результату - те, що відбувається з пацієнтом після надання допомоги, завдяки яким поліпшується якість надання медичної допомоги населенню, відокремлюються боки на які треба звернути увагу керівництву для вплива на них певних важелів управління.

ВИСНОВКИ

Дослідження теоретичних аспектів формування системи управління якістю медичної допомоги дало змогу виявити актуальні проблеми у формуванні організаційних заходів управління якістю надання медичних послуг, оцінки її ефективності та сформулювати низку пропозицій щодо їх розв'язання на прикладі Комунального неприбуткового підприємства «Центральна міська лікарня м. Торецьк».

Проблема забезпечення стабільно високої якості медичної послуги – комплексна. Її не можна вирішити проведенням окремих і навіть крупних, але розрізнених заходів. Лише шляхом системного і комплексного, взаємозв'язаного і одночасного здійснення технічних, організаційних, економічних правових і соціальних заходів на науковій основі можна швидко і стійко удосконалювати якість надання медичної послуги.

Управління якістю медичної допомоги населенню розглядається як система і комплекс, взаємозв'язаних та одночасного здійснюваних технічних, організаційних, економічних, правових а також соціальних заходів. Отримані результати у кваліфікаційній роботі можна звести до наступного:

Здоров'я громадян будь-якої країни основна індивідуальна та соціальна цінність. Встановлено, що медичні заклади є складовими системи охорони здоров'я. Вони виробляють медичні послуги, про їхній успіх, як суб'єкта вільного медичного ринку, свідчить якість останніх. Відсутність належної якісної системи медичних послуг як взагалі, так і в окремому лікувальному закладі, гальмує повноцінний розвиток усієї системи охорони здоров'я

Дослідженням теоретичних аспектів формування системи управління якістю медичної допомоги встановлено, що охорона здоров'я населення виступає одним із важливих завдань державної діяльності, що передбачає забезпечення державного регулювання в цій сфері відносин. Також було виявлено, що здоров'я людини як об'єкт дослідження публічного управління є основною індивідуальною та соціальною цінністю. Історія розвитку нашої

держави сформувала у громадян певне нехтування підтримкою особистістю власного здоров'я. Проте, західні моделі стимулюють розвиток цінностей здоров'я і відповідного ставлення до нього самої людини.

Відповідність медичної допомоги очікуванням пацієнтів компонент якої тісно пов'язаний із досягненням цілковитого задоволення хворими отриманими послугами. Важливим елементом моніторингу відповідності медичної допомоги є дослідження сатисфакції пацієнтів як найбільш вірогідного мірника якості запропонованої допомоги. Таким чином, формування системи якості охорони здоров'я в Україні спрямовується на характеристику з переліку якості управління, котрі допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів при аналізі проблем якості та оцінці ступеня дотримання стандартів.

Надано характеристику медичному підприємству КНП «Центральна міська лікарня м. Торецьк». З'ясовано, що воно організоване з метою задоволення потреб суспільства в його продукції. Основним напрямом діяльності підприємства є виробництво медичних послуг населенню. Мета діяльності лікувального закладу - реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я жінок та дітей, покращення надання перинатальної допомоги мешканцям Донецької області, підвищення доступності медичної допомоги для населення та зниження показників материнської та дитячої смертності.

Встановлено, що лікувальний заклад на всіх рівнях структурних підрозділів упроваджує модель системи якості за двома підходами: перший, базується на контролі якості медичних послуг; другий, менш поширений у лікарні – забезпечення якості.

Аналіз управління якістю на Комунальному Неприбутковому Підприємстві «Центральна міська лікарня м. Торецьк» дозволив зробити наступні висновки: система управління якістю на Комунальному Неприбутковому Підприємстві «Центральна міська лікарня м. Торецьк» має слабкі місця. Вони знаходяться при наданні конкретного об'єму медичних

послуг та порівнюються з невідповідностями при їх виробленні, економічні витрати на попереджувальні заходи і контроль в процесі виробництва самих послуг у КНП не підраховуються.

Доведено у медичному закладі є деякі елементи аудиту якості надання медичних послуг. Де, відмінною рисою є той факт, що сам процес виявлення невідповідності рівня допомоги населенню до встановленого рівня у державі одночасно вказує, які конкретні зміни необхідні в медичній практиці закладу для покращення ситуації. Тобто основна увага в ньому спрямована на безперервне покращення якості медичної допомоги.

Опрацьований матеріал дослідження дав змогу встановити правила управління якістю надання медичних послуг у КНП, де орієнтиром для управління якістю медичних послуг є пацієнт/клієнт всіх етапах їх надання. При цьому всі працівники медичного закладу є ланцюгами в цієї системи, або механізмами у справах якості. Іншими словами, склалася сучасна культура та філософія медичної організації, яка проявляється крізь призму якості послуг.

Визначено, що ефективне управління якістю послуг – це найважливіше стратегічне завдання, що стоїть перед медичною установою. На основі проведеного дослідження аналізу було виявлено невідповідність послуг, що надавалися, встановленим вимогам унаслідок слабкого рівня планування маршрутів пацієнтів, слабкій обізнаності про місце знаходження тощо.

З метою усунення даних негативних чинників розроблено пропозиції, які упроваджують систему моніторингу і управління, яка працює через мережу Інтернет, використовує ресурси лікарні. Запропоновано використання шляхів вдосконалення системи управління медичною допомогою населенню на Комунальному Неприбутковому Підприємстві «Обласний Перинатальний Центр м. Краматорськ» відноситься створення певних індикаторів внутрішнього аудиту, завдяки яким поліпшується якість надання медичної допомоги населенню, відокремлюються боки на які треба звернути увагу керівництву для вплива на них певних важелів управління.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. К. : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
2. Берн І., Езер Т., Дж. Коен та ін. Права людини у сфері охорони здоров'я : практ. посіб. / за наук. ред. І. Сенюти. Львів : Вид-во ЛОБФ “Медицина і право”, 2012. 552 с.
3. Білинська М. М. Державне управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. К., 2004. 36 с.
4. ВООЗ. URL: <https://www.who.int>
5. Галабурда Ю. Молодіжний недержавний сектор у контексті становлення громадянського суспільства в Україні. *Соціальна політика і соціальна робота : укр. наук. і громад.-політ. часопис*. 2001. № 2 (18). С. 19–33.
6. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія. К. : Юрінком Інтер, 2007. 720с.
7. Гойда Н. Г. Роль громадських організацій у становленні сімейної медицини в Україні // Участие общественности в принятии решений, влияющих на работу системы здравоохранения: состояние, позиции, идеи / под ред. В. В. Глуховского. К. : Изд-во ООО “Дизайн и полиграфия”, 2007. 100 с.
8. Господарське право України : навч. посіб. / За заг. ред. проф. Н.О. Саніахметової. Х. : Одіссей, 2019. 608 с.
9. Дані Державної служби зайнятості. URL: http://www.dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=39012&cat_id=4109
10. Дані ДУ “Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”. URL: <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>.

11. Держстат України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
12. Долот В. Д. Здоров'я як економічна категорія: фактори, що впливають на рівень здоров'я населення та охорону здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 1. С. 74-76.
13. ДСТУ ISO 9001:2009. Системи управління якістю. Ви-моги: (ISO 9001:2008, IDT). На заміну ДСТУ ISO 9001:2001; надано чинності 2009-09-01. К.: Держ-спожив стандарт України, 2009. VII, 26 с.
14. ДСТУ IWA 1:2007. Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я: (IWA 1:2005, IDT); надано чинності 2008-01-01. К.: Держспоживстандарт України, 2008. 83 с.
15. Дуб Л. Р. Перспективи застосування стандартів ISO для поліпшення якості діяльності медичних та фармацевтичних закладів різного спрямування. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2009. № 1-2. С. 28-33. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Chem_Biol/Kff/2009_1-2/3.pdf
16. Загорський В.С., Лободіна З.М., Лопушняк Г.С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. 276 с.
17. Задохайло Д. Держава та економічне ринкове середовище: господарсько–правовий аспект. *Вісник Академії правових наук України*. №3(42), Харків. 2005. С. 149–161
18. Заков О.Л. Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні: автореф. дис... д-ра мед. Наук: 14.02.03. Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця МОЗ України. К., 2009. 36 с.
19. Заявление о доступности медицинской помощи было принято 40-ой Всемирной медицинской ассамблеей в Вене в сентябре 1988 года. URL: http://medicine.onego.ru/prakt/law/124_a.shtml
20. Карамішев В. Д. Стратегічне планування інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. Х. : Вид–во ХАРІ НАДУ “Магістр”, 2006. 302 с

21. Карлаш В. В. Зарубіжний досвід регулювання якості медичних послуг у системі охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування : електр. наук. фах. вид. Херсонського національного технічного університету*. 2019. №1. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_1/17.pdf

22. Карлаш В. В. Регулювання державними закупівлями в системі охорони здоров'я України. *Вісник Національного університету цивільного захисту України : зб. наук пр. X : Вид-во НУЦЗУ*, 2019. Вип. 1 (10). С. 110–115. (Серія «Державне управління»).

23. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України: дис... канд наук з держ. упр.: 25.00.02. Нац. ун-т цивільного захисту України. Харків. 2020. 214с.

24. Карпишин Н.І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг: автореф. дис...канд. екон. наук: 08.04.01. Тернопіль, 2006. 20 с

25. Карпова И. П. Доступность и качество медицинской помощи в специализированном учреждении здравоохранения. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я : матеріали міжнар. наук.– практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, 7 квіт. 2011 р. : тези доп. 2011. № 1 (13)*. С. 126–127.

26. Концепція нової системи охорони здоров'я. URL: http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf

27. Кравченко Р. Розвиток недержавних організацій соціальної сфери. Соціальна робота в Україні: перші кроки. К. : Видавн. дім “КМ Academia”, 2000. С.130–144.

28. Купрій В. О. Організації громадянського суспільства як складові політичного середовища державної політики. *Новітні тенденції розвитку демократичного врядування: світовий та український досвід : матеріали наук.–практ. конф. за міжнар. участю, 30 трав. 2008 р. К.: НАДУ, 2008. Т. 1.* С. 212–214

29. Лечение качеством: стандарт ИСО 9001 против врачебных ошибок. *Ежеквартальное приложение к журналу «Стандарты и качество»*. 2006. № 5. С. 11-13.

30. Лещенко В. В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я : автореф. дис.... канд. держ. упр.: 25.00.02. К., 2009. 20 с.

31. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні. Тернопіль, Тайп, 2012. 199 с.

32. Москаленко В. Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я : український контекст : монографія. К. : «Книга плюс», 2008. 320 с.

33. Надюк З. О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: авто-реф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2006. 20 с.

34. Наконечна Л. Д. Принципи побудови інтегрованої системи управління якістю в медичному закладі санаторно-курортного типу. *Наукові доповіді НУБіП України*. 2006. № 4 (5). URL: <http://www.nbu.gov.ua/e-Journals/nd/2006-4/06nldami.pdf>

35. Науково–методичне забезпечення зв'язків з громадськістю в органах державної влади : метод. рек. / за заг. ред. С. А. Чукут. К. : НАДУ, 2008. 72 с.

36. Немытин Ю., Брескина Т., Фомин Ю. Общее управление и управление качеством процесс единый. URL: <http://quality.eur.ru/MATERIALY10/tqm-united.htm>

37. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801–ХІІ. Відом. Верхов. Ради України. 1993. № 4. С. 19.

38. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. В. Рудого. К. : Вид–во Раєвського, 2005. 168с.

39. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням. URL: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/76.html>

40. Павленко М., Маматова Т., Маматов В., Федь О. Система управління якістю медичних послуг. *Стандартизація сертифікація якість*. № 2. 2011. С.41-45.

41. Пак С. Я. Внутрішньо організаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. *Держ. упр. : теорія та практика*. 2011. № 1. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>.

42. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення : матеріали V наук.–практ. конф., 27 жовт. 2011 р. : тези доп.* Луцьк, 2011. С. 68–70.

43. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.17 р № 2168–VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

44. Про деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.18 р № 411 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF>

45. Про деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.18 р № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF>

46. Про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету міністрів України 30.11.16 р № 1013–р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/250432586>

47. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ МОЗ

України від 1 серп. 2011 р. № 454. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.

48. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18>

49. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18>

50. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18>

51. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 28.09.2012 №751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12>

52. Про лікарське самоврядування : проект Закону України від 23 груд. 2008 р. № 3539. URL: http://gska2.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=&pf3511=34025.

53. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 трав. 1997 р. Відом. Верхов. Ради України. 1997. № 24. С. 170.

54. Рабинович П. М., Хавронюк М. І. Права людини і громадянина : навч. посіб. К. : Атіка, 2004. 464 с.

55. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.01. К., 2003. 35 с.

56. Рожкова І.В., Солоненко І.М. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія. К. : Фенікс, 2008. 160 с.

57. Рокоцило О. М. Ресурси як об'єкт управління та засіб досягнення цілей. *Державна політика щодо місцевого самоврядування: стан, проблеми та перспективи : матеріали 2-ої наук.-практ.конф., Херсон, 4–5 жовт. 2011 р. Херсон, 2011. С. 114–116.*

58. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. К. : Сфера, 2005. 272 с.

59. Салман Р.Б., Фигерайс Дж. Реформи системи здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : Пер. с англ. М. : ГОЭТАРМЕДИЦИНА, 2000. 432 с.

60. Система методів державного регулювання економіки. URL: <http://fingal.com.ua/content/view/922/39/1/2/>

61. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я. К., 2011. 345 с

62. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія. К. : Фенікс, 2008. 276 с.

63. Солоненко І.М., Попов О.П., Жаліло Л. І., Надутий К. О. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні : навч. посіб. К. : Вид-во НАДУ, 2017. 211 с.

64. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. К. : Вид-во НАДУ, 2015. 416 с.

65. Сударев И. В., Гандель В. Г. Взгляд на отечественное здравоохранение в ракурсе требований іwa-і. *Ремедіум. 2009. № 3.* URL: <http://www.remedium.ru/section/detail.php?ID=30968>

66. Туленков М. В. Організаційна взаємодія в демократичній системі соціального управління. К. : ІПК ДС ЗДУ, 2017. 102 с

67. Україна – донор медичних кадрів для багатьох країн. URL: <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>.

68. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я. URL: www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Dums/2011_3/11fnauoz.pdf.

69. Фуртак І. Правове забезпечення раціоналізації державного управління системи охорони здоров'я України. *Науковий вісник*. 2010. Вип. 6 «Демократичне врядування». URL: <http://www.lvivacademy.com/visnik6/fail/Furtak.pdf>

70. Хаїт Л. Б. Дослідження проблем запровадження системи управління якістю надання медичних послуг: сучасні теоретичні підходи. *Теорія та практика державного управління*. 2010. № 2 (29). URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2010-2/doc/1/15.pdf>

71. Хімічева Г. І., Пономаренко Н. А. Контроль і оцінка якості медичних по-слуг за вимогами ДСТУ ISO 9001:2009. *Восточноевропейский журнал передовых технологий*. 2010. № 3/4 (45). С.33-36. URL: http://www.nbuuv.gov.ua/portal/natural/Vejpt/2010_3_4/EEJET_3_4_2010_33-36.pdf

72. Цивільний кодекс України від 16 січ. 2003 р. [ст. 283, 284]. URL: zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=435-15.

73. Шевцов В.И., Попков А.В., Коваленко Т.Н Система менеджмента качества в управ-лении ортопедо-травматологической помощью. URL: <http://quality.eur.ru/MATERIALY14/travmotologia.htm>

74. Шевчук П. І. Соціальна політика. Львів : Світ,2003. 400 с.

75. Щербина В.С. Господарське право : підручник. 2–е вид.,перероб. і доп. К. : Юрінком Інтер, 2017. 592 с.

76. Юсупов В. Удосконалення правового забезпечення функціонування державної економічної політики. Підприємництво, господарство і право. 2005. № 10. С. 18–21.

77. Amstrong M. «A Handbook of management Techniques», Kogan Page Ltd, London, 1993, p. 192.

78. Ash T., Gunn J., Lough J., Lutsevych O., Nixey J., Sherr J., Wolczuk K. The struggle for Ukraine. Chatham house report. London: The Royal Institute of International Affairs. 2017. 124p