МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УМАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ САДІВНИЦТВА (УНУС)

Факультет менеджменту

Кафедра менеджменту

«Допущено до захисту»
«____» _____20___ р.

Завідувач кафедри, к.е.н., доцент
_____**Наталія ВЕРНЮК**

КВАЛІФІКАЦІЙНА (ДИПЛОМНА) РОБОТА

МАГІСТРА

«УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ»

Виконав: студент 2 курсу, 22м-м групи спеціальності 073 «Менеджмент»
(освітня програма «Менеджмент організацій та адміністрування»)
ПАВЛИШИН Іван Миколайович
Керівник: к.е.н., доцент **Наталія ВЕРНЮК**

Умань – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ 10

1.1. Сутність та особливості якості медичного обслуговування 10

1.2. Особливості управління якістю надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я 18

1.3. Інструментарій регулювання якості надання медичних послуг 22

РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ 30

2.1. Організаційно-економічна характеристика закладу 30

2.2. Аналіз якості надання медичних послуг в лікарні 36

2.3. Оцінка ефективності управління якістю надання медичних послуг в закладі 49

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА СИСТЕМИ ЗАХОДІВ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ 57

3.1. Обґрунтування доцільності впровадження системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000 57

3.2. Організація внутрішнього аудиту як сучасної форми контролю якості надання медичної допомоги 66

3.3. Рекомендації щодо удосконалення клінічних індикаторів якості медичної допомоги 76

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ 89

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 96

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Умови сьогодення вимагають нових організаційних та технологічних рішень в галузі охорони здоров`я, що актуалізує менеджмент якості медичних послуг. Менеджмент якості медичних послуг є одним із найактуальніших питання в управлінні галуззю охорони здоров`я. Трансформація охорони здоров`я стала початком втілення кращих практик поліпшення якості медичних послуг. Для управління якістю медичних закладів використовують метод процесного підходу. Однак, якість медичних послуг досить складне багатокомпонентне поняття і об`єднує технічну якість (об`єктивну) та якість з позиції пацієнта (суб`єктивну). Тому на даному етапі все більше науковців схиляються до пацієнто-орієнтованого підходу у визначенні якості медичної послуги (задоволеності пацієнтів, відповідність його очікувань).

Засобом досягнення встановленого рівня якості медичних послуг є розроблена, документально оформлена, впроваджена і така, що підтримується в робочому стані медичним закладом система якості медичних послуг, яка відповідає міжнародним стандартам ISO 9000.

Дослідники акцентують увагу на медико-соціальному ефекті впровадження інновацій в медицині, адже інноваційний менеджмент у сфері охорони здоров`я значно підвищує рівень якості медичних послуг, скорочує час проведення діагностики, забезпечує ефективне лікування на всіх стадіях, зменшує термін перебування пацієнтів в умовах стаціонарного лікування, а медичні заклади отримують позитивні економічні результати.

Отже, проблема розробки як теоретичних, так і практичних рекомендацій стосовно удосконалення системи управління якістю медичних послуг є важливою для галузі охорони здоров`я та актуальною на сучасному етапі.

Аналіз останніх досліджень. Питання управління якістю медичних послуг піднімаються у науково-практичних дослідженнях вітчизняних та зарубіжних науковців з менеджменту, економіки, маркетингу тощо. Значний внесок у дослідження проблеми управління якістю медичних послуг зробили багато вчених, серед них: Баєва О.В., Блащук Т.В., Богомаз В.М., Вороненко В.О.,

Литвинова О.Н., Мартинюк О.А., Мачуга Н.З., Осадчий О.І., Рогачевський О.П., Сміянов В.А., Чабан О., Чухно І.А., Шумакова О.В., Donabedian A. Однак, лишилися недостатньо вивчені та обґрунтовані питання в управлінні якістю медичних послуг, які мають свою специфіку.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної (дипломної) роботи є поглиблення теоретичних знань у сфері менеджменту якості надання медичних послуг, обґрунтування шляхів його удосконалення та методичних рекомендацій їх практичного застосування.

Для досягнення поставленої мети необхідне виконання певних завдань:

- вивчити та систематизувати теоретичні засади управління якістю надання медичних послуг;
- обґрунтувати необхідність впровадження інноваційної трансформації менеджменту якості медичних послуг;
- проаналізувати фінансово-господарську діяльність медичного закладу, що обрано об’єктом дослідження та сучасний стан управління якістю надання медичних послуг;
- запропонувати заходи щодо удосконалення управління якістю надання послуг в умовах спеціалізованого медичного центру.

Об`єктом дослідження є процес управління якістю надання медичних послуг у КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних та практичних аспектів, спрямованих на удосконалення менеджменту якості медичних послуг.

Методи дослідження. Для досягнення поставлених завдань був застосований комплекс взаємопов`язаних загальнонаукових методів дослідження для отримання об`єктивних результатів. Основою дослідження став системний підхід та дозволив визначити проблеми в управлінні якістю медичних послуг та вказати шляхи його удосконалення. Вплив окремих факторів на якість послуг виявили за допомогою факторного аналізу. Вивчення наукових джерел з досліджуваної тематики супроводжувалося монографічним та логічним

методами. Аналіз господарсько-фінансового стану медичного закладу здійснювали з допомогою статистико-економічного методу. Застосування методу імперичних досліджень використовували при розробці анкети для визначення пацієнтами рівня якості медичних послуг. Для формування висновків та розробки пропозицій був застосований прогностичний метод .

Практична значущість кваліфікаційної роботи полягає в удосконаленні методичного підходу до системи управління якістю надання медичних послуг, який включає всі етапи та рівні управління, що в кінцевому результаті впливає на зростання їх якості.

Розробленні концептуальні положення щодо удосконалення системи управління якістю медичних послуг та пропозицій за результатами досліджень можуть використовуватися закладами охорони здоров`я для підвищення рівня якості медичних послуг та їх цифрової трансформації, що в сучасних умовах є адекватним рішенням.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Сутність та особливості якості медичного обслуговування

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

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

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

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

обслуговування.

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

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



Рис. 1.1. **Взаємозв'язок між залученими ресурсами, процесами і кінцевим результатом** [4]

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

Як бачимо з рисунка 1.1, елементи тріади А. Донабедіана, що формують якість послуг медичних установ, включають якість структури –

складову якості послуг медичного закладу[4; с. 32]:

– освіту й рівень підготовки кадрів (кваліфікація);

– забезпечення обладнанням (наявність і оперативний ремонт);

– стан території, корпусів, будівель, кабінетів, приміщень;

– постачання лікарськими засобами та медичними виробами;

– грамотність використання всіх видів ресурсів;

– фінансовий стан і забезпечення медичного закладу.

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

– процесом надання медичної допомоги на момент прийняття пацієнта до приймального покою, поставлення діагнозу;

– оптимальністю комплексу лікувально-діагностичних заходів, наданих конкретному хворому: кількість медичної допомоги (маніпуляцій) повинна бути оптимальною, алгоритм її виконання зрозумілим, чітким, доступним;

– відсутністю/наявністю лікарської помилки.

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

– посиленню наявного в пацієнта захворювання;

– збереженню ризику прогресування наявного в пацієнта захворювання, виникнення нового патологічного процесу: – неоптимальному використанню ресурсів;

– незадоволеності пацієнта медичною послугою.

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

– динамікою перебігу здоров’я хворого;

– результатом надання медичної допомоги всім пацієнтам у лікарні;

– рівнем здоров’я жителів регіону (конкретної території).

Якість результату стосовно пацієнта – це порівняння досягнутого результату захворювання і можливого результату з урахуванням клінічного

діагнозу, віку тощо.

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

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



Рис 1.2. **Рівні забезпечення якості медичного обслуговування** [4, 10-12]

На макрорівні якість забезпечується нормативно-правової базою: закони, положення, методичні рекомендації, клінічні протоколи/керівництва, стандарти, а також контроль за реалізацією, здійснюваний на рівні Уряду, Міністерства охорони здоров'я та інших органів управління.

На мезорівні якість забезпечується переважно структурними підрозділами органів державного управління, професійними асоціаціями, освітніми установами. На мікрорівні в покращенні якості беруть безпосередню участь установи охорони здоров'я, професійні асоціації, які надають практичне обслуговування на місцях. В

організаціях охорони здоров'я, перш за все забезпечується структурна якість і якість процесу організації лікувально-діагностичного обслуговування.

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

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

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

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

Під якістю медичної допомоги також розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, що ґрунтується на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання в пацієнта та попереджувати виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою [16]. Якісне медичне обслуговування – є обслуговуванням, за якого ресурси організовуються так, щоб максимально ефективно та безпечно задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто потребує допомоги, виконувати профілактику та лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня.

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

– відповідність медичної допомоги сучасному рівню розвитку науки, встановленим вимогам, стандартам;

– оптимальне (ефективне) використання ресурсів;

– задоволення потреб пацієнтів.

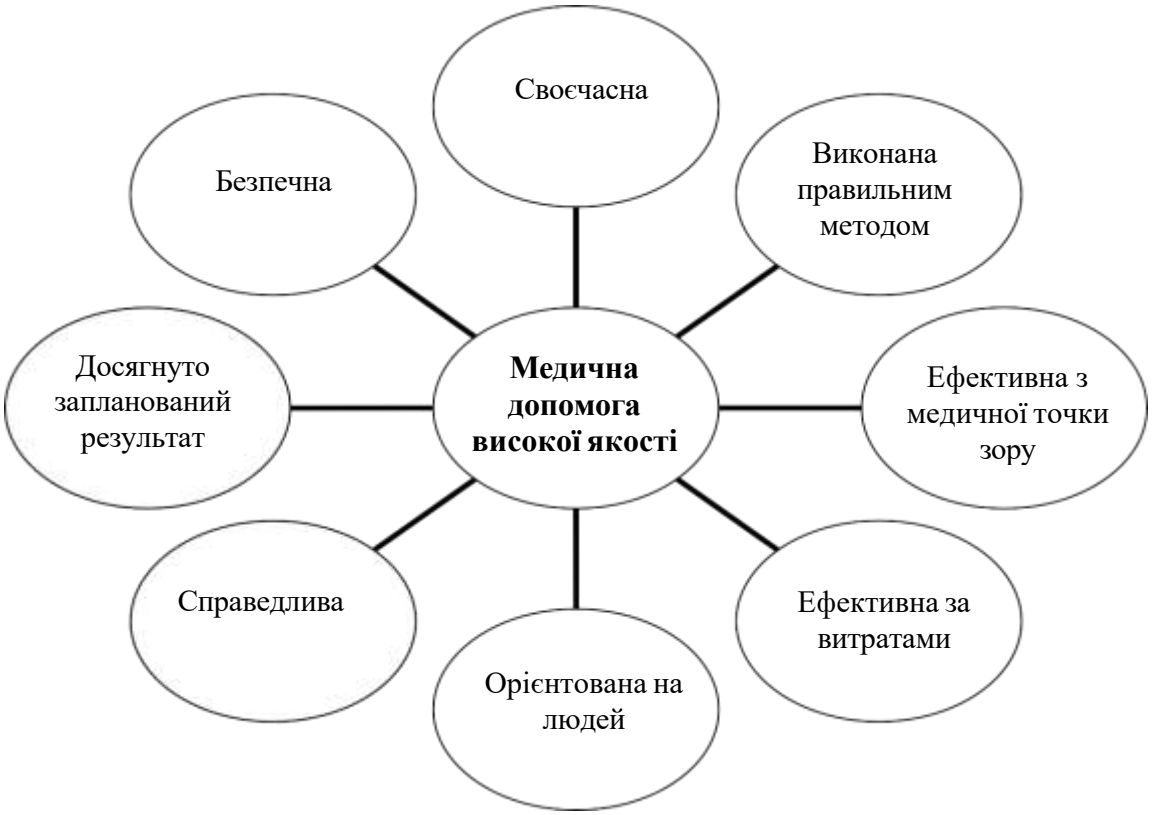


Рис. 1.3. **Основні складові медичної допомоги високої якості** [10; 15]

Безпека – це надання медичного обслуговування, що зводить до мінімуму ризики і шкоду для користувачів послуг, в тому числі травм та зменшення кількості медичних помилок. Ефективність з медичної точки зору – це надання послуг на основі наукових знань, розроблених на принципах доказової медицини. Своєчасність – це скорочення затримок у наданні та отриманні медичного обслуговування. Ефективність за витратами – це надання медичного

обслуговування таким чином, щоб максимально використовувати ресурси й уникнути зайвих витрат. Справедливість – це надання медичного обслуговування, яке не відрізняється за якістю, незалежно від особистісних характеристик індивідуума, таких як стать, етнічна приналежність, географічне положення або соціально-економічний статус.

ВООЗ визначає якість послуг як «ступінь, в якій медичні послуги, що надаються окремим особам і пацієнтам, покращують результати щодо здоров'я. Для цього медичне обслуговування має бути безпечним, ефективним з медичної точки зору, своєчасним, справедливим, ефективним за витратами і орієнтованим на людину» [13].

Необхідно розрізняти поняття між «Якістю послуг» та «Клінічною якістю» в охороні здоров'я. Якість послуг визначається виміром процесу лікування, що тільки побічно і незначно впливає на здоров'я (наприклад, якість харчування, умови та ін.). Клінічна якість визначається виміром лікування, що безпосередньо або опосередковано впливає на стан здоров'я (наприклад, навички фахівця, якість даних діагностичних досліджень). Таблиця 1.1 місить відмінності між «Якістю послуг» та «Клінічною якістю» в охороні здоров'я за широким спектром показників.

Ключовими елементами/компонентами якості медичних послуг, які дають можливість виконувати вимоги пацієнта, є: безпека пацієнта, поведінка персоналу щодо правильного і своєчасного лікування, додержання протоколів лікування, пошук зворотного зв’язку з пацієнтами, ведення повного обліку, спілкування пацієнтів із персоналом та одержання повної інформації про надання послуг, якісна допомога за прийнятними цінами, найкращі практики щодо призначення послуг, надійна діагностична підтримка, надійні служби підтримки, такі як їдальня, швидка допомога, аптека тощо, а також безпечна й приємна обстановка, технічна компетенція, ввічливість та ставлення персоналу в лікарні.

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

Таблиця 1.1.

Відмінності між поняттями «якість послуг» та «клінічна якість»

Якість послуги	Клінічна якість
Міжособистісні - Повага - Емоційна підтримка - Культурні особливості	На рівні організацій - Ухвалення рішень (доказова медицина) - Навички персоналу
Доступність - Розташування - Час очікування - Час обслуговування - Затримка призначень	На рівні системи - Організація системи надання медичних послуг - Інформаційні потоки - Постановка задачі
Зручності - Фізичне оточення - Харчування - Обстановка	Доступність ресурсів - Будівлі - Устаткування - Ліки та вироби медичного призначення

Основними елементами такого механізму є:

- збирання інформації про якість медичної допомоги на певному рівні (робочому місці, лікарні, регіоні та у цілому в країні);

- ухвалення рішень, спрямованих на створення сприятливих умов для надання якісної медичної допомоги;

- контроль за реалізацією ухвалених рішень і проведення в разі необхідності коригувальних заходів.

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

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

1.2. Особливості управління якістю надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я

Якість є одним із важливих чинників соціальної, економічної та екологічної безпеки населення. У науковій літературі якість трактується по-різному, найчастіше – це комплексне поняття і визначає ефективність всіх сфер діяльності: стратегічне планування та організацію надання послуг, маркетинг [3]. Категорія «якість» охоплює декілька взаємопов`язаних і взаємообумовлених понять: характеристика, вимоги, процес, послуга тощо [37].

Відповідно до ДСТУ ISO 9000-2001 якість (quality) – це ступінь, до якого сукупність власних характеристик продукту чи послуги задовольняє вимоги до нього. Якість послуг – їх відповідність встановленим стандартам [5, 6, 29].

Трансформація охорони здоров`я стала початком втілення кращих практик поліпшення якості медичних послуг. Всесвітня організація охорони здоров`я якість медичних послуг визначає як міру поліпшення бажаних результатів для здоров`я людей [26]. Підходи до визначення якості медичних послуг у ВОЗ поступово змінювались з орієнтації на професіоналізм надавача медичної послуги до пацієнто-орієнтованого. Якість медичних послуг досить складне багатокомпонентне поняття і об`єднує технічну якість (об`єктивну) та якість з позиції пацієнта (суб`єктивну). На даному етапі все більше схиляються до пацієнто-орієнтованого підходу у визначенні якості медичної послуги (задоволеність пацієнтів, відповідність його очікувань).

Деякі автори пропонують розділяти поняття якість медичних послуг та якість медичної допомоги, хоча ці два поняття тісно пов`язані. При оцінюванні рівня якості враховуються різні критерії. На їх думку медична послуга – це встановлення лікарем діагнозу та надання консультацій, а медична допомога передбачає хірургічне чи медикаментозне втручання. Медична допомога може бути екстрена чи планова [35].

Мачуга Н.З. при визначенні поняття «якість медичних послуг» поєднує два підходи: перший – якість є сукупністю характеристик, другий – ступінь у якому

медична послуга задовольняє свої функції [17, с.10], Також автор вказує на те, що сучасні клієнти добре освічені та проінформовані, мають вищі вимоги до якості і саме вони визначають якість в умовах ринкової економіки [17, с. 4].

Якість медичної допомоги – це надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я [21]. Баєва О.В. трактує медичну послугу як елемент ринку, медичну допомогу як категорію не ринкових відносин між пацієнтом та лікарем [1]. Критерій платності розмежовує ці поняття. Блащук Т.В. розглядає якість медичних послуг як правову категорію у законодавстві України [2]. Згідно з Конституцією України медичну допомогу може отримати кожен громадянин безкоштовно [26].

Якість медичних послуг по-різному сприймається пацієнтами та медичними працівниками. Для перших якість – це результат, отриманий від надання медичної послуги та її вартість, для медичного персоналу – професійність, компетентність, сумлінність при наданні медичної послуги та її відповідність стандартам [17]. Об'єднана комісія з акредитації організацій охорони здоров'я визначає «добру якість» як найбільш сприятливий результат з мінімальними ризиками [41].

На думку Рогачевського О.П., якість не варто оцінювати тільки з позиції споживача, між двома суб`єктами має бути обов`язково незалежний професійний експерт, що обґрунтовано оцінить якість наданих послуг [27, с. 286].

Поняття «якість медичних послуг» з маркетингової позиції варто розглядати як чинники формування попиту і пропозиції на медичні послуги та їх здатність задовольняти очікування пацієнтів. Якість послуг стає найкращою запорукою завоювання та утримання конкурентних переваг на ринку. М.І. Пасько відзначає ефективний вплив маркетингового комплексу забезпечення доступу та сервісу до медичних послуг, що звичайно покращує їх якість [25, с. 119].

Якість надання медичних послуг повинна відображати своєчасність їх надання, правильний підхід у виборі методів діагностики, профілактики, лікування, реабілітації та очікуваний результат. Для надання якісних послуг у сфері охорони здоров`я необхідно: мінімізувати ризики, завдання шкоди, медичні

помилки; на основі принципів доказової медицини забезпечити найкращий результат; забезпечити своєчасність надання медичної послуги; створити рівні права для отримання медичних послуг пацієнтів різної статі, раси, соціального статусу та місця проживання; орієнтуватися на людино-центричність, враховувати індивідуальні вподобання, очікування, цінності та культуру [39].

Менеджмент якості медичних послуг є однією із найактуальніших питання в управління галуззю охорони здоров`я. Управління якістю медичних послуг підвищує конкурентоспроможність медичного закладу, сприяє формуванню його позитивного іміджу та престижу [22]. Основні напрямки здійснення ефективного менеджменту якості медичних послуг зображені на рис. 1.4.



Рис. 1.4. **Напрямки реалізації менеджменту якості медичних послуг** [38]

Інструментами управління якістю в сфері охорони здоров`я є: стандартизація, сертифікація, акредитація, ліцензування, контроль [8].

Ключовий інструмент управління якістю – стандартизація. Стандарти ISO 9000:2008, поєднують організаційно-технічні вимоги та гуманітарні. Система управління, що базується на цих принципах задовольняє очікування та потреби усіх зацікавлених сторін: надавачів послуг, споживачів, загалом суспільства [10].

Для управління якістю медичних закладів використовують метод процесного підходу. Згідно міжнародних стандартів процеси в системі менеджменту якості в адаптації до медичних закладів поділяють на групи:

відповідальність керівників у сфері якості; управління ресурсами, що забезпечують лікувально-профілактичний процес; надання медичної допомоги (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація тощо); процеси, пов`язані з моніторингом, вимірюванням, оцінкою, аналізом і покращенням всіх видів діяльності [16, с. 81].

Менеджмент якості медичних послуг є послідовною реалізацією управлінських функцій з метою забезпечення якості медичних послуг. Користуючись «Трилогією Юрана» послідовність функцій управління якістю можна відобразити наступним чином: планування якості - забезпечення - контроль - удосконалення якості. В системі управління якістю медичних послуг повинна бути орієнтація на пацієнта на всіх етапах надання послуг. Системне та ретельне планування являється основою ефективного управління якістю. Планування якості медичних послуг відбувається з урахуванням політики якості, вимог споживачів послуг, кон`юнктури ринку. Планування оптимізує діяльність медичного закладу, робить її більш продуктивною та цілеспрямованою [15].

За допомогою діаграми Ісікави Сміянов В.А. розробив загальну систему факторів забезпечення якості в медичних закладах, що включає: ресурсну базу (фінанси, медичні кадри, обладнання); державний менеджмент (стандартизація, акредитація, ліцензування, державне фінансування програм та аудит, страхування); управління медичним закладом (стандарти надання послуг, локальні протоколи, технології лікування, мотивація та навчання персоналу, створення сприятливого клімату, внутрішній аудит); поведінка пацієнтів (рівень обізнаності, ставлення до здоров`я, відношення до призначень та рекомендацій лікаря. Відповідно автор пропонує багаторівневі стратегії в системі управління якістю, саме [31, с. 12-13]: ресурсні (якісне оновлення обладнання, підвищення професійного рівня медичних кадрів, збільшення фінансування; стратегія державного управління (модернізація безпосередньо системи охорони здоров`я); стратегія зміни поведінки пацієнтів (рекомендації, формування мотивацій, що зберігають здоров`я; стратегія менеджменту медичного закладу (мотиваційні чинники, стандартизація, бенчмаркінг, внутрішній аудит). Така система

багаторівневих стратегій забезпечення якості здатна підвищити якість медичного обслуговування.

Важливим елементом у системі загального менеджменту у галузі охорони здоров`я являються індикатори якості, які характеризують якість у трьох аспектах: результат, безпека, якість. Їх використовують для оцінки рівня якості відповідно до національних стандартів [4].

Ефективність управління якістю медичних послуг залежить від ставлення працівників медичного закладу до проблеми якості послуг. Економічна мотивація за рахунок доплати за надання якісних послуг стане суттєвим стимулом створення середовища для безперервного покращення якості.

1.3. Інструментарій регулювання якості надання медичних послуг

Інструменти державного регулювання надання якісних медичних послуг - це різні методи і техніки по збору, обробці і поданням кількісних і якісних даних будь-якого об'єкта (продукту, процесу, системи та тощо). Набір методів, який застосовується у сфері державного регулювання надання якісних медичних послуг досить широкий та різноманітний. Він формувався протягом всієї історії розвитку менеджменту якості. Всі інструменти управління якістю надання медичних послуг можна згрупувати за програмними цілями їх застосування: інструменти проектування якості; інструменти управління якістю; інструменти контролю якості; інструменти аналізу якості.

Перераховані критерії повинні характеризувати ефективність управління якістю надання медичних послуг з точки зору:

- медичного ефекту;
- соціального ефекту;
- економічного ефекту [34, 39].

При виборі індикаторів якості слід враховувати, що витрати на їх визначення не повинні перевищувати потенційну користь від проведених заходів

щодо вдосконалення якості медичних послуг.

В якості індикаторів можна використовувати динаміку показників якості життя хворих, за умови, що якість життя є найбільш важливим результатом лікування і вимірюється за допомогою валідизованих методів.

Індикатори якостіможуть бути використаніпід час експертизи і оцінки якості медичної допомоги відповідно до встановлених процедур: внутрішній контроль якості з боку заступника головного лікаря з лікувальної частини і клініко-експертної роботи; зовнішньому контролі з боку страхових медичних організацій, органів управління охороною здоров'я, уповноважених за якістю медичної допомоги; на етапі самооцінки і зовнішньої оцінки медичних організацій при проведенні акредитації та тощо.

При наявності в організації комп'ютеризованих інформаційних систем, доцільно передбачати автоматичне визначення індикаторів якості та відображення відхилень від погоджених нормативних рівнів.

На підставі цього можна сформулювати наступні індикатори якості:

1. Швидкість постановки діагнозу.
2. Тривалість перебування хворого в стаціонарі.
3. Кількість рецидивів.
4. Кількість повторних звернень.
5. Тривалість тимчасової непрацездатностіпацієнтів працездатного віку.
6. Втрата працездатності в результаті інвалідизації та її причини (тяжкість захворювання, неправильне лікування).
7. Летальність працездатного населення.
8. Рівень кваліфікації медичного персоналу.
9. Доступність високотехнологічних видів медичної допомоги.

У клінічній практиці для організації лікувального процесу і державного регулювання оцінки якості надання медичних послуг використовують ряд інструментів, серед яких найбільш відомі клінічні рекомендації, стандарти і протоколи ведення хворих.

Індикатори державного регулювання оцінки якості надання медичних

послуг – числові показники, які використовуються для оцінки медичної допомоги, побічно відображають якість її основних складових (структури, процесів і результатів) [26]. Аналіз індикаторів якості дозволяє розробити способи поліпшення надання якості медичної допомоги.

Інструменти якості - це методи і техніки по збору, обробці і поданням кількісних і якісних характеристик послуги. Комплекс методів застосовуваних у сфері управління якістю досить широкий і різноманітний (рис. 1.5.).

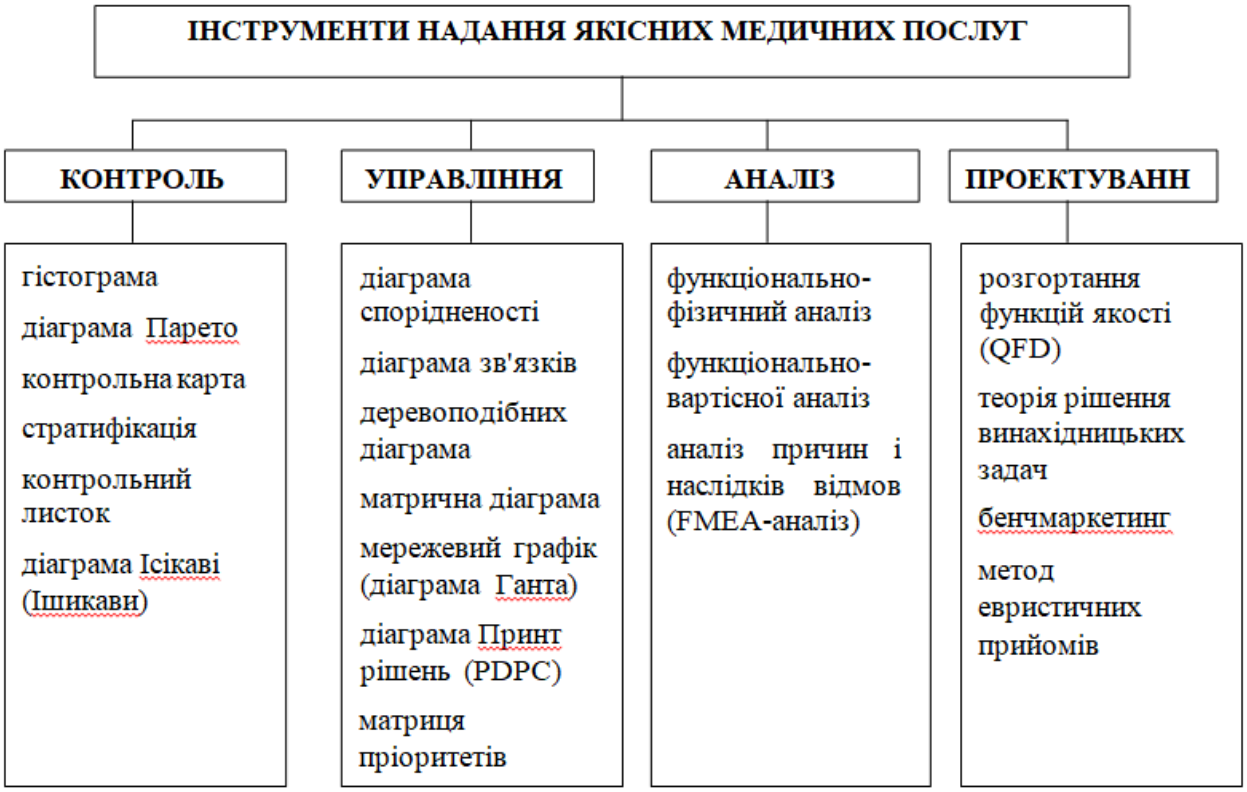


Рис. 1.5. **Інструменти надання якісних медичних послуг [40]**

З метою забезпечення надання якісних медичних послуг в Україні були реалізовані різні цільові програми, спрямовані на матеріально-технічне оснащення охорони здоров'я та підвищення кваліфікації медичних кадрів.

Однією з основних проблем вітчизняної охорони здоров'я є невідповідність державних гарантій медичної допомоги їх ресурсного забезпечення. Безумовно, позитивні зрушення в збільшенні фінансування є, однак для повної відповідності гарантій і ресурсного забезпечення останнім необхідно збільшити в 2-3 рази [31]. При цьому проблема полягає не тільки в нестачі коштів, а й у відсутності

адекватних методик визначення необхідних обсягів медичної допомоги та фінансування.

Недоліком інструментів контролю якостіє відсутність можливостівисловити характеристику деяких об'єктів у вигляді кількісні показників. В цьому випадку для аналізу об'єкта і прийняття управлінських рішень більш ефективно використовувати якісні показники.

Ефективне державне регулювання надання медичних послуг належної якості послуг неможливо без управління процесами використання медичних технологій в клінічній практиці на всіх рівнях, в тому числі на рівні «лікар-пацієнт». Проте, ця сфера довгий час вважалася прерогативою лікаря, і будь-які втручання розцінювалися як посягання на свободу клінічного мислення і відповідно на інтереси хворого.

В даний час керівники в системі державного регулювання надання медичних послуг належної якості не має достатньо дієвих інструментів для управління лікувально-діагностичним процесом. Державне регулюванню надання медичних послуг належної якості та доступності складно організувати процес надання медичних послуг, що базується на невизначеності результату. Особливо важко створити ефективну систему контролю, оскільки неможливо точно оцінити ступінь досягнення невизначеного результату.

Відсутність можливості безпосередньо контролювати основний виробничий процес призвело до того, що в медицині склалися дві паралельні «управлінських» лінії, що володіють владою і впливом: адміністративна та клінічна. Авторитет висококваліфікованого фахівця (лікаря) в установі охорони здоров'я частіше більш вагою, ніж авторитет головного лікаря.

Виділяють три основні моделі державного регулювання надання медичних послуг належної якості та доступності, які представлені на рис. 1.6., професійна, бюрократична і індустріальна, однак на рубежі XX і XXI століть почала швидко формуватися нова, четверта інформаційно-комунікативна модель.



Рис. 1.6. **Моделі державного регулюванню надання медичних послуг** [10]

Новим елементом державного регулюванню надання медичних послуг є розвиток ліцензування медичної діяльності. Однак головним недоліком даного елемента, є відсутність чіткого керівництва при виборі набору медичних технологій, які є необхідними і достатніми для досягнення належної якості медичних послуг по кожній медичній спеціальності. Об'єктивність державного регулювання надання оцінки медичних послуг належної споживачами сумнівна, так як вже згадувався факт оцінки медичної послуги з позиції якості супутніх їх надання сервісних послуг.

Більш об'єктивною оцінкою якості можна вважати результати експертиз якості здійснюваних на відомчому і позавідомчої рівнях контролю. Позавідомчий контроль, здійснюється з боку організацій незалежних від споживачів та лікувально-профілактичних установ. Відомчий, здійснюється адміністрацією ЛПУ, територіальним органом управління охорони здоров'я.

Позавідомчий контроль здійснюється шляхом:

а) проведення перевірок дотримання органами державної влади і органами місцевого самоврядування, державними позабюджетними фондами, а також здійснюють медичну та фармацевтичну діяльність організаціями та

індивідуальними підприємцями прав громадян у сфері охорони здоров'я громадян;

б) здійснення ліцензування медичної діяльності;

в) проведення перевірок дотримання здійснюють медичну діяльність організаціями та індивідуальними підприємцями порядків надання медичної допомоги та стандартів медичної допомоги;

г) проведення перевірок дотримання здійснюють медичну діяльність організаціями та індивідуальними підприємця ми порядків проведення медичних експертиз, медичних оглядів і медичних оглядів;

д) проведення перевірок дотримання здійснюють медичну діяльність організаціями та індивідуальними підприємцями безпечних умов праці, а також вимог щодо безпечного застосування і експлуатації медичних виробів та їх утилізації (знищення);

е) проведення перевірок дотримання медичними працівниками, керівниками медичних організацій, фармацевтичними працівниками і керівниками аптечних організацій обмежень, які застосовуються до зазначених осіб під час здійснення професійної діяльності в Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;

ж) проведення перевірок організації та здійснення:

– державними органами виконавчої влади відомчого контролю якості та безпеки медичної діяльності підвідомчих їм органів і організацій;

– державними органами виконавчої влади і органами місцевого самоврядування, які здійснюють повноваження у сфері охорони здоров'я громадян, а також здійснюють медичну діяльність організаціями та індивідуальними підприємцями внутрішнього контролю якості та безпеки медичної діяльності.

Відомчий контроль включає проведення перевірок:

1) дотримання медичними організаціями порядків надання медичної допомоги та стандартів медичної допомоги;

2) дотримання медичними організаціями безпечних умов праці, вимог щодо безпечного застосування і експлуатації медичних виробів та їх утилізації

(знищення);

3) дотримання медичними працівниками, керівниками медичних організацій, фармацевтичними працівниками і керівниками аптечних організацій обмежень, які застосовуються до них при здійснені професійної діяльності.

Відомчий контроль здійснюється за допомогою планових і позапланових документарних і (або) виїзних перевірок. Планові перевірки щодо підвідомчого органу або організації здійснюються не частіше ніж один раз на рік.

Позапланові перевірки здійснюються в наступних випадках:

а) надходження до органу виконавчої влади звернень громадян, юридичних осіб і індивідуальних підприємців зі скаргами на порушення прав і законних інтересів підвідомчими органами та організаціями;

б) з метою контролю виконання раніше виданих доручень або приписів;

в) з метою перевірки поданих підвідомчими органами та організаціями статистичної звітності або даних моніторингу;

г) невідповідності показників діяльності підвідомчого органа або організації встановленим цільовим показниками діяльності;

д) невиконання підвідомчим органом або організацією встановлених обсягів державного завдання з надання медичної допомоги.

Тому необхідно побудувати контроль таким чином, щоб результати перевірки однієї ланки контрольних органів доповнювалися результатами іншого і консолідувалися в єдиний документ, дозволяючи виявити недоліки функціонування всієї системи охорони здоров’я. Структура контролю якості медичних послуг представлена на рис. 1.7.

Контроль якості наданих медичних послуг як в державних так і в приватних лікувальних установах не став дієвим інструментом управління послугами охорони здоров'я. Однією з причин цього, є відсутність однозначного методу оцінки якості медичних послуг. Визначено, що ланки існуючої системи контролю якості дублюють функції один одного, що знижує ефективність даної методики.

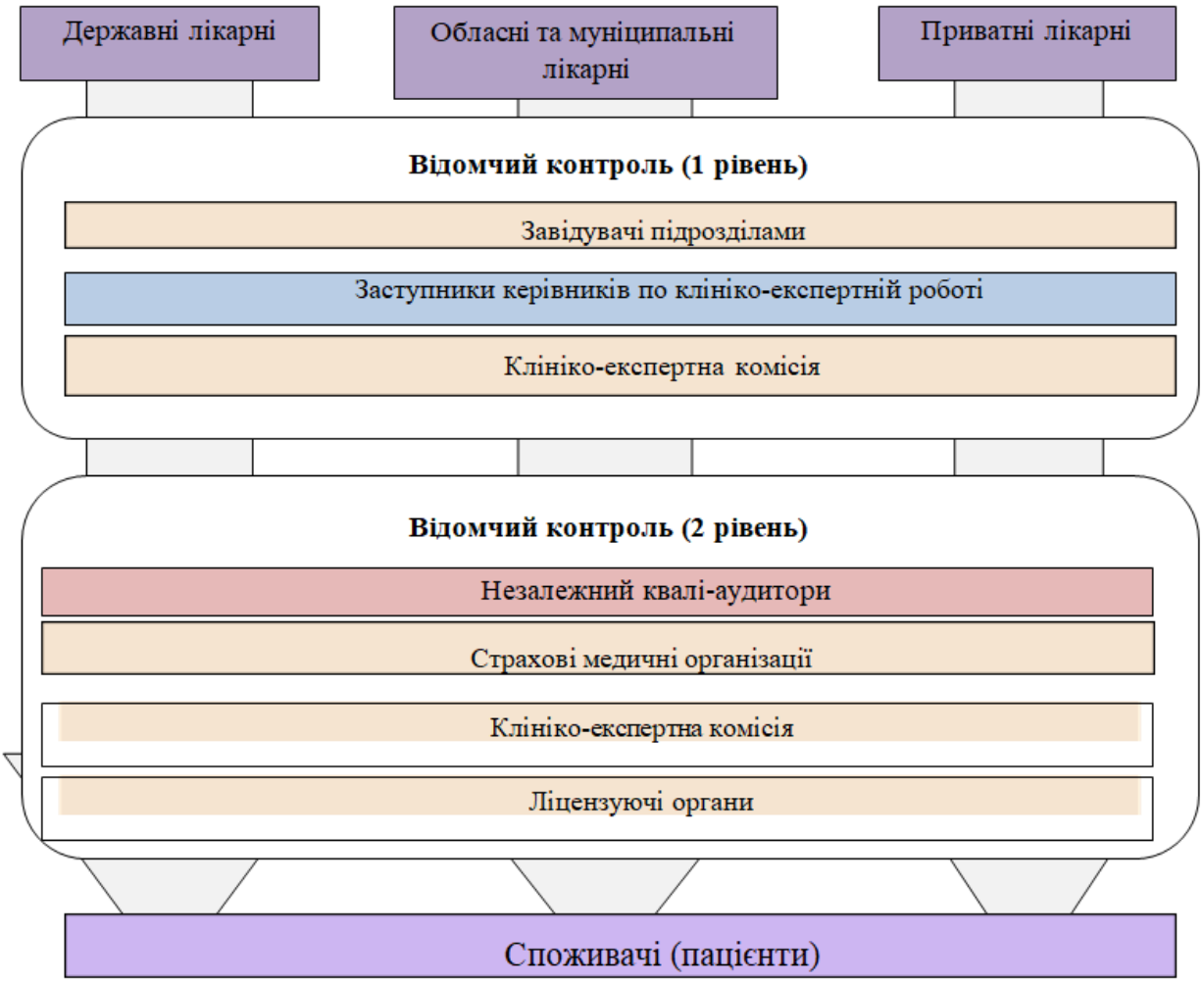


Рис. 1.7. **Державне регулювання надання якості медичних послуг, як елемент соціальної захисту пацієнтів [10]**

За кожною ланкою контролю необхідно закріпити певну групу індикаторів якості медичних послуг, яка буде відповідати на питання входять до компетенції даного органу контролю. З цієї метою необхідно чітке визначення факторів і критеріїв, що їх характеризують, а так само закріплення за кожною ланкою контролю показників з цього переліку, аналіз яких дозволить своєчасно прийняти управлінські рішення щодо усунення недоліків та підвищення якості, в галузі їх компетенції.

РОЗДІЛ 2
ОЦІНКА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

2.1. Організаційно-економічна характеристика закладу

Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради є клінічним лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я Тернопільської області. Обласна клінічна лікарня – головний лікувально-профілактичний заклад області, який є клінічною базою для кафедр Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, базою підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів, проходження практики студентів медичних університетів і медичних коледжів.

Основні завдання, які вирішує :

1. Забезпечення в повному обсязі високоспеціалізованою стаціонарною та консультативно-поліклінічною медичною допомогою населення області.

2. Надання сільським, селищним, міським, районним лікувально-профілактичним закладам організаційно-методичну допомогу з метою підвищення якості лікувально-профілактичного обслуговування населення області.

3. Підвищення якості підготовки медичних кадрів.

4. Сприяти створенню умов для проведення навчально-педагогічного процесу з використанням сучасних досягнень медичної науки і техніки.

5. Сприяти забезпеченню умов для виконання науково-практичних досліджень за тематикою клінік.

6. Підвищення кваліфікації лікарів, медичних сестер на робочих місцях, забезпечення практики студентів ТДМУ ім. І.Я. Горбачевського, медичних

коледжів, спеціалізація сестринського персоналу сільських, селищних, міських, районних лікувально-профілактичних закладів області.

7. Напрацювання за завданням органів охорони здоров'я заходів, направлених на підвищення якості медичного обслуговування і охорони здоров'я населення області, зниження захворюваності, лікарняної летальності, інвалідності та смертності за напрямками діяльності.

Управління Обласною лікарнею здійснюється правлінням на основі поєднання централізованого керівництва головним лікарем (головою правління) і самоуправління трудового колективу.

Наглядову функцію здійснює представницький орган – Наглядова рада.

Генеральний директор КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради заслужений лікар України, доктор медичних наук Бліхар Василь Євгенович.

Тернопільська обласна клінічна лікарня – сучасний лікувальний заклад третинного рівня надання медичної допомоги.

Основні напрями діяльності: надання спеціалізованої стаціонарної та консультативно-діагностичної медичної допомоги, надання організаційно-методичної допомоги лікувально-профілактичним закладам області.

У 2016 році в ортопедично-травматологічному відділенні обласного центру ендопротезування та новітніх ортопедо-травматологічних технологій обладнали закордонним обладнанням новий операційний блок із трьома операційними залами А-класу, яке здійснили за гроші благодійників.

14 липня 2021 року відкрили новий Лабораторний корпус із сучасною лабораторією для проведення аналізів.

В грудні 2021-го в лікарні запрацював Центр політравми, який оснащений інноваційним обладнанням, з повністю реорганізованим приймальним відділенням.

У березні 2023-го відкрили сучасний кардіологічний центр, один із найбільших в Західному регіону країни. Завдяки сучасному обладнанню тут можна проводити операції на відкритому серці, стентувати коронарні судини,

ефективно встановлювати кардіостимулятори, використовувати різноманітні види ангіографічних досліджень тощо.

Сьогодні триває робота над створенням відділення кардіохірургії та трансплантології, а також завершується робота над будівництвом відділення екстреної медицини.

Лікарня представлена 6 центрами, до складу яких входять 10 клінік, 19 стаціонарних спеціалізованих і 13 параклінічних відділень, 4 допоміжних підрозділи та один сектор.

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

Основні показники діяльності КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» наведено у таблиці 2.1.

Станом на 01.01.20224 року в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» працює 64 лікарі, 183 середнього мед. персоналу, 109 – молодшого та 98 іншого персоналу. Всього 458 осіб. Кількість зареєстрованих 491,75 посади, зайнято – 478,25. Щороку знижується питома вага атестованих лікарів. Кількість населення регіону, що обслуговує КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» також знижується, однак нижчими темпами ніж кількість лікарів. Обсяги фінансування щороку зростають.

Загальний аналіз діяльності амбулаторно-поліклінічного відділення показав, що відбувається загальне скорочення кількості викликів на періодичні огляди,

Таблиця 2.1.

Основні показники діяльності КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Показник	Рік			Відхилення	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Кількість лікарів	70	69	64	-6	91,43
Питома вага атестованих лікарів. %	74,6	66,1	65	-9,6	87,13
Кількість населення регіону	57842	56549	55997	-1845	96,81
Бюджет, тис.грн	20800	31315,9	41804,34	21004,3	200,98
Амбулаторно-поліклінічне відділення					
Кількість викликів на періодичні огляди	237832	197195	162562	-75270	68,35
Кількість операцій, проведених в амбулаторно- поліклінічному закладі (підрозділі), усього	4166	3951	3990	-176	95,78
Кількість клініко-діагностичних досліджень	522235	576892	583337	61102	111,70
Кількість рентген-діагностичних досліджень	19601	19973	21494	1893	109,66
Кількість досліджень кабінету функціональної діагностики	15604	15458	13747	-1857	88,10
Число відпущених процедур фізіотерапевтичного кабінету	81654	63593	44690	-36964	54,73
Число відпущених процедур ЛФК кабінету	18280	13614	13040	-5240	71,33
Кількість досліджень кабінету ультразвукової діагностики	21114	22906	25044	3930	118,61
Результати роботи відділення трансфузіології (заготовлено і перероблено крові консервованої), літри	218,9	191,7	422	203,1	192,78
Стаціонарна допомога					
Кількість ліжок	210	210	193	-17	91,90
Кількість пролікованих хворих	8 331	8 479	8 151	-180	97,84
Оборот ліжка	41,3	42,8	39	-2,3	94,43
Хірургічна активність	53,5	55,1	56	2,5	104,67
Забезпеченість ліжками на 10000 населення	36,5	37,1	37,1	0,6	101,64
Рівень госпіталізації на 1000 населення	145,9	151,5	148,3	2,4	101,64

кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», числа відпущених процедур фізіотерапевтичного кабінету та ЛФК кабінету. За період дослідження зменшення кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні

становить 176 операцій, тобто зниження на 4,22%. Протягом 2021-2023 років зростає кількість клініко-діагностичних, рентген-діагностичних досліджень, кількість досліджень кабінету ультразвукової діагностики.

Обсяги надання стаціонарної допомоги також зменшуються. Протягом періоду дослідження відбулось зменшення кількості ліжок на 8,1%, як результат кількість пролікованих хворих також зменшується. Незначне зростання показує рівень забезпеченості ліжками на 10000 населення (101,6%).

Актуальною проблемою галузі охорони здоров'я регіону на вторинному рівні залишається кадрове забезпечення медичними працівниками, зокрема лікарями (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Кадрове забезпечення КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Показник	Рік			Відхилення	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Лікарі, в т. ч.	70	69	64	-6	91,43
Вищої кваліфікаційної категорії I	26	25	24	-2	92,31
кваліфікаційної категорії	20	15	14	-6	70,00
II кваліфікаційної категорії	7	5	5	-2	71,43
Питома вага атестованих лікарів. %	74,6	66,1	65	-9,6	87,13
Середній медичний персонал, в т.ч.	192	183	183	-9	95,31
Вищої кваліфікаційної категорії	125	123	123	-2	98,40
I кваліфікаційної категорії	19	18	18	-1	94,74
II кваліфікаційної категорії	16	17	17	1	106,25
Питома вага атестованого медичного персоналу, %	73,3	71	71	-2,3	96,86
Молодший медичний персонал	110	109	109	-1	99,09
Інші	98	98	98	0	100,00

Станом на 01.01.2022 року в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» працювало 70 лікарів, 192 осіб середнього медичного персоналу, 110 – молодшого та 98 іншого. Всього 470 осіб. Кількість зареєстрованих посад 483,5, з них лікарських – 88,75. Серед лікарів мають: вищу кваліфікаційну категорію – 26; I кваліфікаційну категорію – 20; II кваліфікаційну категорію – 7. Всього атестовано – 74,6% лікарів.

Серед середніх медичних працівників мають: вищу кваліфікаційну категорію – 125; І кваліфікаційну категорію – 19; ІІ кваліфікаційну категорію – 16; % атестації в цілому – 73,3%. Серед працюючих в КНП лікарів пенсійного віку – 21 чоловік – 29,5%.

Станом на 01.01.2023 року в КНП працює 69 лікарів, 183 осіб середнього медичного персоналу, 109 – молодшого та 98 іншого. Всього 458 осіб. Кількість зареєстрованих 491,7 посад. Зайнято 484,25 посад.

Серед лікарів мають: вищу кваліфікаційну категорію – 25; І кваліфікаційну категорію – 15; ІІ кваліфікаційну категорію – 5. Всього атестовано – 66,1 лікарів.

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

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

На сьогодні в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» вакантні посади лікарів.

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

2.2. Аналіз якості надання медичних послуг в лікарні

Основне завдання КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» – надання якісної спеціалізованої медичної допомоги хворим, періодичний огляд диспансерних хворих, якісне проведення профілактичних оглядів населення. Щомісячно вузькі спеціалісти подають списки хворих диспансерної групи в ЦПМСД для виклику на періодичні огляди. Потужність поліклінічного відділення складає 375 відвідувань у зміну.



Рис. 2.1. **Динаміка викликів на періодичні огляди КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»**

В амбулаторно-поліклінічному відділенні з метою раціонального використання ліжкового фонду проводять малі оперативні втручання, які не потребують цілодобового нагляду. Кількість операцій, проведених в амбулаторно-поліклінічному закладі КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» наведено у таблиці 2.3, рис. 2.2.

Як бачимо з даних таблиці 2.3 відбувається загальне скорочення кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні КНП. За період дослідження зменшення становить 176 операцій, тобто зниження

Таблиця 2.3

Кількість операцій, проведених в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Найменування операцій	Кількість операцій, проведених в амбулаторно-поліклінічному закладі (підрозділі), усього			Відхилення, усього	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Усього операцій	4166	3951	3990	-176	95,78
у тому числі: операції на органах зору	1011	893	1 008	-3	99,70
операції на органах вуха, горла, носа	157	193	188	31	119,75
з них на вусі	15	105	90	75	600,00
операції на щелепно-лицьовій ділянці та ротовій порожнині	129	4	6	-123	4,65
операції на сечостатевій системі	1539	1493	1460	-79	94,87
з них операції на жіночих статевих органах	1358	1355	1285	-73	94,62
операції на кістково-м’язовій системі	301	324	303	2	100,66
операції на шкірі та підшкірній клітковині	1008	1028	1018	10	100,99
інші	21	16	13	-8	61,90
Крім того, видалення зубів та коренів	8147	75	80	-8067	0,98

на 4,22%. Найбільше скорочення відбулось за рахунок зменшення кількості операції на щелепо-лицьовій ділянці та ротовій порожнині (зменшення на 123) й операцій на сечостатевій системі (зменшення на 79). У шість разів збільшилась кількість операцій на вусі. Значно скоротилася кількість видалення зубів та коренів.

Жіноча консультація КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» забезпечена всім необхідним обладнанням, апаратурою, наглядною агітацією. Жіноча консультація знаходиться в типовому приміщенні, в складі якої функціонують кабінети:

- прийом гінекологічних та вагітних жінок;
- кабінет планування сім`ї;
- кабінет дитячого гінеколога;
- школа відповідального батьківства;
- операційна, де проводяться малі операції.

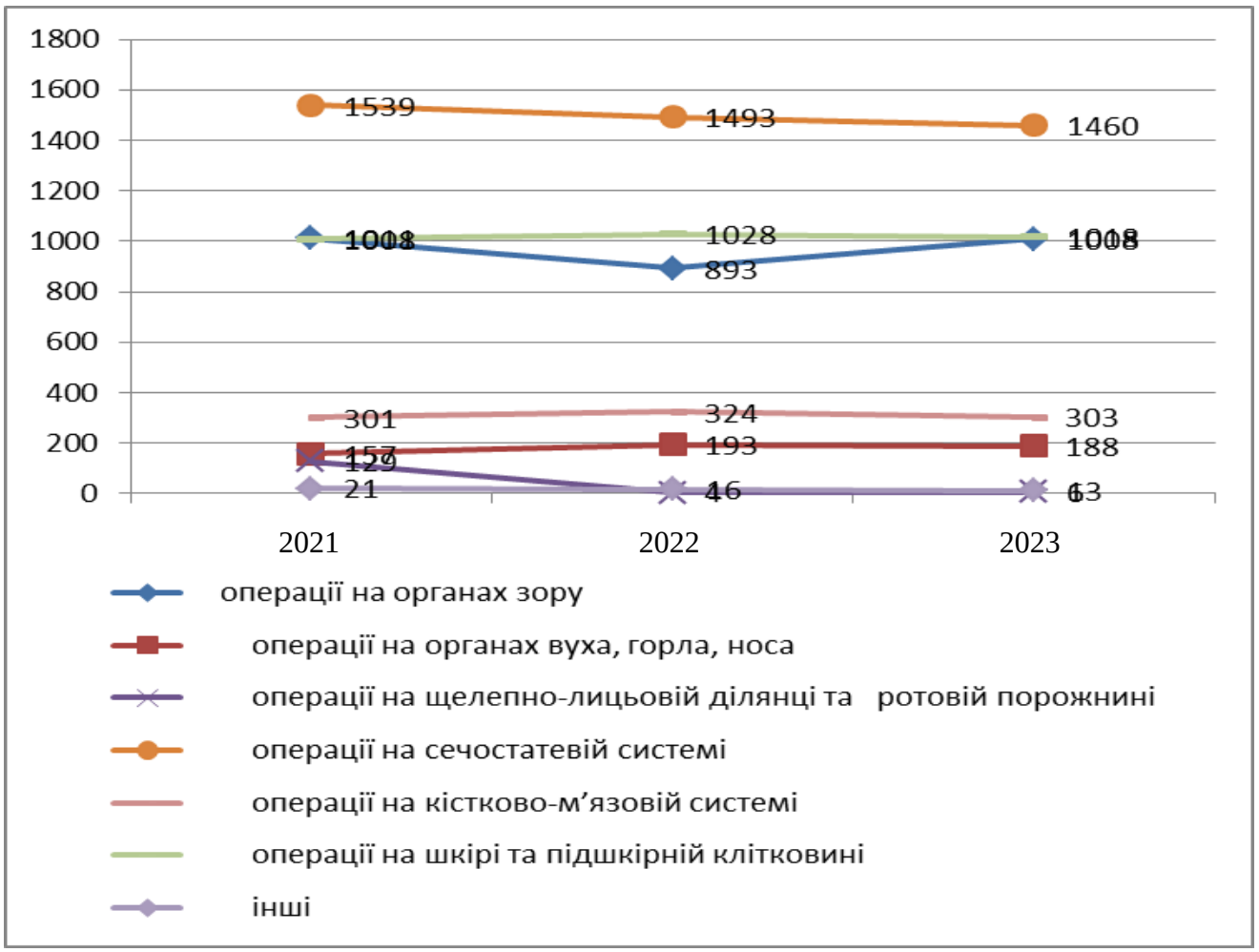


Рис. 2.2. **Динаміка кількості операцій, проведених в амбулаторно-поліклінічному закладі КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» за видами, од**

В жіночій консультації ведеться прегравідарна підготовка подружніх пар до вагітності.

Клініко-діагностична лабораторія КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» оснащена обладнанням та апаратурою згідно табеля оснащення. Функціонує цілодобовий пост лабораторії в відділенні анестезіології й інтенсивної терапії. КДЛ забезпечена в повному обсязі хімічними реактивами. Лаборанти КДЛ працюють з навантаженням 160%.

За 2021 рік проведено 522 235 досліджень, із них амбулаторним хворим 276501 досліджень. За 2023 рік проведено 583337 досліджень, із них амбулаторним хворим 269657 досліджень (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Результати діяльності клініко-діагностичної лабораторії КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Кількість досліджень	2021	2022	2023	Відхилення, усього	Темп зміни, %
Всього	522235	576892	583337	61102	111,70
Загальних клінічних	182243	213088	154609	-27634	84,84
Гематологічних	263915	280500	343600	79685	130,19
Цитологічних	354	91	92	-262	25,99
Біохімічних	50801	62250	63508	12707	125,01
Мікробіологічних	612	333	308	-304	50,33
Імунологічних	24310	20630	21220	-3090	87,29

Структуру досліджень клініко-діагностичної лабораторії КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2023 році наведено на рис. 2.3.

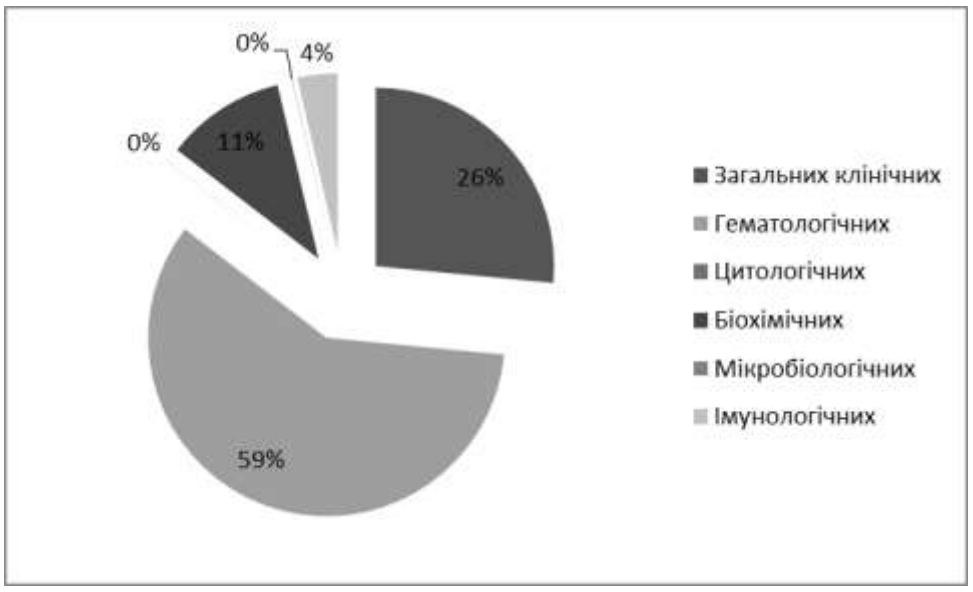


Рис 2.3. **Структура досліджень клініко-діагностичної лабораторії КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2023 році, %**

В порівнянні з 2021 роком, кількість досліджень збільшилась на 11%. Найбільше зростання кількості гематологічних досліджень – загальне збільшення протягом 2021-2023 років становить 79685 досліджень або 30%; збільшення біохімічних досліджень становило 12707 од. або 25%. Суттєво скоротилися кількість цитологічних та мікробіологічних досліджень – зменшення на 75% та 50% відповідно.

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

Таблиця 2.6.

Результати рентген-діагностичних досліджень КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Рентген-діагностика	Рік			Відхилення, усього	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Всього	19601	19973	21494	1893	109,66
Органів грудної клітки	7304	8356	8326	1022	113,99
Органів травлення	846	858	866	20	102,36
Кістково - м'язової системи	9637	8894	10437	800	108,30
Рентгенограм зубів	2318	2519	2434	116	105,00
Інші	1814	1865	1865	51	102,81
З профілактичною метою	46	46	48	2	104,35

Дані таблиці показують, що протягом 2021-2023 років зростає кількість рентген-діагностичних досліджень, зокрема: приріст 1893 дослідження або 9,66%. Найбільший приріст досліджень припадає на рентген органів грудної клітки – приріст 13,99% та кістково-м’язової зони – приріст 8,3 %. Зростає кількість профілактичних досліджень – приріст 4,4%. Структуру рентген-діагностичних досліджень, проведених КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2023 році наведено на рис. 2.4.

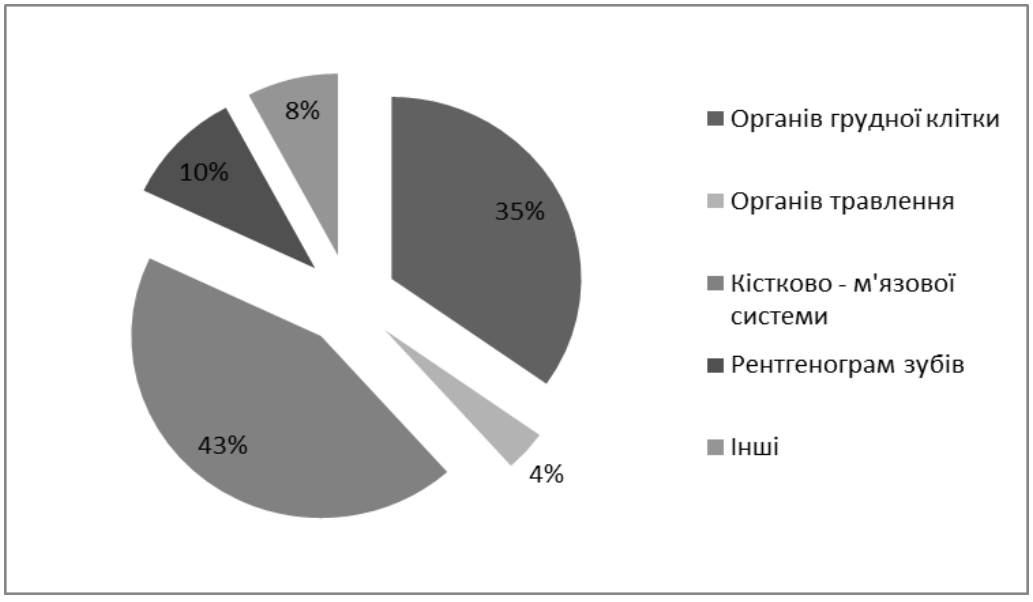


Рис. 2.4. **Структура рентген-діагностичних досліджень у 2023 році, %**

Кількість флюорографії органів грудної клітки у 2022 році, усього – 24260, у тому числі дітям віком 15-17 років включно – 1921. Кількість флюорографії органів грудної клітки у 2023 році, усього – 19685, у тому числі дітям віком 15-17 років включно – 1946. За 2023 рік при оглядах виявлено 27 хворих на туберкульоз.

Одною із діагностичних структур поліклінічного відділення є кабінет функціональної діагностики. Кількість досліджень, проведених кабінетом функціональної діагностики КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» знижується із року в рік, однак у розрахунку на одного стаціонарного хворого залишається сталою (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Результати діяльності кабінету функціональної діагностики КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Показник	Рік			Відхилення, усього	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Число обстежень	15604	15458	13 747	-1 857	88,10
в т.ч. поліклініці	9218	9200	6025	-3 193	65,36
Діти до 17 років	570	610	334	-236	58,60
в т.ч. в поліклініці і	570	610	334	-236	58,60
Всього досліджень	25207	25162	20 827	-4 380	82,62
в поліклініці	13613	13700	9 667	-3 946	71,01
ЕКГ досліджень	18549	18522	16 082	-2 467	86,70
на 1 стаціонарного	1,8	1,8	1,8	0	100,00

Також в структурі поліклінічного відділення КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» працюють фізіотерапевтичний та ЛФК кабінети. З кожним роком зменшуються число осіб, які закінчили лікування в фізіотерапевтичному кабінеті (табл. 2.8) – загальне скорочення 4025 осіб, що становить 53% від базового періоду.

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

Таблиця 2.8

Результати роботи фізіотерапевтичного кабінету КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Показник				Відхилення, усього	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Число осіб, що закінчили лікування	8654	6964	4629	-4025	53,49
в т.ч. в поліклініці і вдома	3244	3199	2580	-664	79,53
Діти до 17 років	1324	1416	1096	-228	82,78
в т.ч. в поліклініці і вдома	658	760	553	-105	84,04
Число відпущених процедур	81654	63593	44690	-36964	54,73
в т.ч. амбулаторним хворим	21957	29714	25058	3101	114,12

В КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» також зменшилась активність роботи кабінету лікувальної фізкультури по числу осіб та відпущених процедур, про що свідчать дані таблиці 9..

Таблиця 2.9

Результати роботи ЛФК кабінету КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Показник	Рік			Відхилення, усього	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Число осіб, що закінчили лікування	2389	1744	1657	-732	69,36
в т.ч. поліклініці і вдома	1312	774	763	-549	58,16
Діти до 17 років	616	467	547	-69	88,80
в т.ч. в поліклініці і вдома	541	371	430	-111	79,48
Число відпущених процедур	18280	13614	13040	-5240	71,33
в т.ч. в поліклініці	12005	7422	7550	-4455	62,89

Важливим структурним елементом КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» є ендоскопічний кабінет, який оснащений необхідною апаратурою. Вся апаратура, за допомогою якої проводять обстеження в ендоскопічному кабінеті діюча. Результати роботи ендоскопічного кабінету КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» наведено в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10

Динаміка ендоскопічних досліджень, проведених у КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Найменування	Рік		у тому числі:					
			Езофагогаст-родуоденоскопії		Колоноскопії		Бронхоскопії	
	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023
Кількість ендоскопічних досліджень, усього	1052	1110	1015	1030	24	2	13	78
у тому числі діагностичні	902	971	866	895	24	2	12	74
Ендоскопічні маніпуляції	134	126	133	122	-		1	4
з них з узяттям матеріалу на цитоморфологічне дослідження	118	113	117	109	-		1	4
Ендоскопічні операції	16	13	16	13	-		-	
Кількість хворих з уперше виявленою онкопатологією	17	13	13	13	4		-	

В складі консультативно-поліклінічного відділення КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» функціонує кабінет ультразвукової діагностики, де проводяться обстеження на 2-х УЗД апаратах. Кількість обстежень збільшилась в 0,5 рази в порівнянні з 2021 роком (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

Результати роботи кабінету ультразвукової діагностики КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Найменування дослідження	Рік			Відхилення, усього	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Всього	21114	22906	25044	3930	118,61
Органів черевної	12065	13774	15332	3267	127,08
Жіночих статевих органів	3445	2910	3548	103	102,99
Під час вагітності	1626	1313	1680	54	103,32
До 22 тижнів вагітності	651	531	649	-2	99,69
Виявлено вад розвитку	2	2	3	1	150,00
Дослідження нирок	5120	5414	5204	84	101,64
Інші дослідження	299	498	960	661	321,07

В складі амбулаторно-консультативного відділення КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» функціонує кабінет «Довіра». Кабінет «Довіра» є спеціалізованим підрозділом для надання медичної допомоги людям, які живуть з

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

Адміністрація КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» уклала договір з ВОВ БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть ВІЛ/СНІД» з метою діагностики отримання швидких тестів. У 2022 році було обстежено 150 осіб за допомогою швидких тестів, із них з позитивним результатом 4 осіб; у 2023 році обстежено 108 осіб за допомогою швидких тестів, із них 6 позитивних результатів.

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

На наявність ВІЛ-інфекції, СНІД обстежуються донори (100%), а також особи, які хворіють на венеричні захворювання. Всі медичні працівники, які в силу своєї професійної діяльності можуть заразитися ВІЛ-інфекцією застраховані.

Слід зазначити, що у Тернопільській області відмічається тенденція до зростання захворювання інфекційними захворюваннями, в тому числі вірусним гепатитом.

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

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

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

Все частіше онкопатологія виявляється у дітей і підлітків. Але хворим можна допомогти тільки в разі виявлення патології на ранній стадії. Тому в області проводиться систематична і планомірна робота по підвищенню якості онко профілактичних оглядів серед населення. Постійно проводяться заняття з лікарями, медичними сестрами по проведенню профоглядів. Щорічно проводяться медичні ради, де розглядається стан онкологічної допомоги населенню та виконання обласної програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на період 2021 – 2025 рр.». Розглядаються занедбані випадки, несвоєчасне звернення хворих на засіданнях протиракової комісії. Щорічно питання діагностики, обстеження, лікування онкологічних захворювань розглядаються на науково-практичних конференціях, що безумовно дає позитивні наслідки.

Відділення трансфузіології КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» є допоміжною ланкою надання хірургічної допомоги населенню. Результати роботи відділення трансфузіології наведено в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Результати роботи відділення трансфузіології КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», літри

Показник	Рік			Відхилення, усього	Темп зміни, %
	2021	2022	2022		
Заготовлено і перероблено крові	218,9	191,7	422	203,1	192,78
Виготовлено:					
- еритроцитів	98,9	91,8	92,8	-6,1	93,83
- ПСЗ	84,5	77,9	71,7	-12,8	84,85
Кількість хворих, яким проведено переливання:					
- компонентів крові	580	538	430	-150	74,14
- препаратів крові	2	5	6	4	300
Перелито літрів:					
- компонентів крові (еритроцитів + ПСЗ)	156,9	140,0	133	-23,9	84,77

Дані таблиці 2.12 показують, що зростають обсяги роботи відділення трансфузіології. За період 2021-2023 рр. заготовлено і перероблено крові на 203 літри більше, темп зростання 192,8%. Поряд з цим зменшуються обсяги виготовлення еритроцитів, ПСЗ та кількість хворих, яким проведено переливання крові. В 2014 році відділення трансфузіології отримало безстрокову ліцензію на заготівлю та переробку донорської крові.

Проведений аналіз ефективності діяльності стаціонару КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» свідчить, що за 2023 рік стаціонарну допомогу отримало 6050 хворих. В 2022 році отримали допомогу 8479 хворих. В 2021 році стаціонарну допомогу отримало 8331 хворий (табл.2.13).

Таблиця 2.13

Аналіз ефективності діяльності стаціонару КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Показники	2022 р.		2023 р.	
	Проліковано хворих	Проведено ліжко-днів	Проліковано хворих	Проведено ліжко-днів
Всього	8479	65713	8006	59523
Інфекційні та паразитарні хвороби	566	4212	331	2404
Новоутворення	141	1004	148	1097
Хвороби крові	11	116	8	66
Хвороби ендокринної системи	129	1291	231	1329
Розлади психіки та поведінки	98	432	125	455
Хвороби нервової системи	434	3538	414	2806
Хвороби ока	3	32	1	11
Хвороби вуха	26	226	17	129
Хвороби системи кровообігу	2696	24364	2817	23590
Хвороби дихання	1347	10196	1273	9396
Хвороби травлення	813	6306	767	5533
Хвороби шкіри	63	469	77	590
Хвороби кістково-м`язевої системи	108	1024	112	939
Хвороби сечо-статевої системи	477	2753	491	2758
Вагітність	849	4833	763	4348
Окремі стани	13	45	10	75
Уроджені аномалії	18	126	23	141
Симптоми, ознаки та відхилення	4	3	5	53
Травми і отруєння	532	4175	494	3793

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

В 2023 році профіль ліжок КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»: терапевтичне відділення – 50 ліжок; хірургічне відділення – 40 ліжок, із них 25 хірургічних ліжка, 3 – ЛОР ліжка, 12 – травматологічні ліжка; акушерсько-гінекологічне відділення – 30 ліжок, із них: 10 – пологових ліжок, 8 ліжок – патології вагітних, 12 – гінекологічних ліжок; інфекційне відділення для дорослих – 10 ліжок; інфекційне відділення для дітей – 10 ліжок; педіатричне відділення – 15 ліжок; неврологічне відділення – 30 ліжок; відділення ЕНМД – 8 ліжок; відділення АІТ – 6 ліжок. Разом – 193 ліжка.

Якісні показники діяльності стаціонару КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» наведено у таблиці 2.14.

Таблиця 2.14

Якісні показники діяльності стаціонару КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Показники	Рік			Відхилення, усього	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Кількість пролікованих хворих	8331	8479	8151	-180	97,84
Проведено ліжко-днів	67817	70468	59819	-7998	88,21
Оборот ліжка	41,3	42,8	39,0	-2,3	94,43
Робота ліжка в днях	335,6	330	286	-49,6	85,22
Середні терміни лікування	8,1	7,7	7,3	-0,8	90,12
% виконання	98,1	96,4	90,6	-7,5	92,35
Хірургічна активність	53,5	55,1	56,0	2,5	104,67
Післяопераційна летальність	0,4	0,3	0,3	-0,1	75,00
Кількість операцій	1499	1503	1568	69	104,60
% ургентних операцій	8,8	11,3	7,1	-1,7	80,68
Летальність	0,5	0,8	0,8	0,3	160,00
Забезпеченість ліжками на 10000 населення	36,5	37,1	37,1	0,6	101,64
Рівень госпіталізації на 1 000 населення	145,9	151,5	148,3	2,4	101,64

Забезпеченість ліжками становить 37,1 на 10000 населення. Знижується кількість пролікованих хворих і, як результат, кількість ліжко-днів, оборот ліжка. Зайнятість ліжка зменшилась з 335,6 в 2021 році до 286 в 2023 році. Зменшуються середні терміни лікування. Середній термін лікування в 2022 році склав – 7,7 дня, а в 2021 році – 8,1 дня. Відсоток виконання ліжко-днів по лікарні склав –90,6 у 2023 році, 96,4% в 2022 році, в 2021 році – 98,1%.

За 2023 рік 59 лапароскопічних операцій в тому числі ,46 – холецистектомій (10- гострих холитестомій, 36 –хронічних), лапароскопічних пластики гриж – 5, колостомій при кишковій непрохідності – 2, діагностичних лапароскопій – 3.

За 2023 рік проведено 15 гінекологічних лапароскопічних операцій. Хірургічна активність за 2023 рік склала 56%. Хірургічна активність в 2022 році була 55,1%, а в 2021 році – 53,5%.

Важливою ланкою надання стаціонарної допомоги є хірургічна допомога. Хірургічне відділення КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» розраховано на 40 ліжок, із них: 25 – хірургічних, 12 – травматологічних, 3 – ЛОР. За 2023 рік прооперовано 1429 хворих, із них 799 – хірургічних, 182 – травматологічних, 54 – отоларингологічних.

Акушерсько-гінекологічне відділення КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» має у своєму складі 40 стаціонарних ліжок, із них: пологові – 10; патології вагітних – 8; гінекологічних – 12; хірургічна активність по пологовому відділенні складає – 28,1%, по гінекологічному – 55,5%. Проліковано 1088 гінекологічних хворих та породільну.

В пологовому відділенні за звітний період відбулось 307 пологів, народилася 307 дітей. Менша кількість пологів пов’язана з реконструкцією пологового відділення з липня 2021 року. Проведено в акушерсько-гінекологічному відділенні 471 оперативних втручань, з них 20 гінекологічних операцій.

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

2.3. Оцінка ефективності управління якістю надання медичних послуг в закладі

Якість медичної послуги набуває дещо іншого значення у сприйнятті кожного окремого зацікавленого суб'єкта. Для пацієнтів передусім важливий результат, отриманий внаслідок надання послуги, а також її матеріальні складники. Для медичних працівників якість – це відповідність стандартам, якомога більш професійне, компетентне і сумлінне надання послуги. Керівництво закладу охорони здоров'я зосереджує увагу на належному виконанні нормативів та вимог, щоб уникнути скарг та можливих санкцій. Крім того, за умови наявності важелів, які б гарантували медичним працівникам і керівництву закладу охорони здоров'я отримання матеріальної винагороди за покращення якості послуг, вони будуть зацікавлені також у збільшенні конкурентоздатності й сучасності своїх послуг, у кінцевому фінансовому аспекті, пов'язаному з наданням послуги.

Бюджет на КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» на 2021 рік затверджено в сумі 20800,0 тис. гривень. Протягом 2021 року додатково виділено медичної субвенції на 4176460 гривень. Уточнений бюджет на 2021 рік профінансований в повному обсязі. По бюджету розвитку профінансовано на 408000.0 грн. За 2022 рік бюджет складав – 31315,90 тис. грн. Уточнений бюджет на 2022 рік профінансований в повному обсязі в сумі 42168,118 тис. грн. З районного бюджету було виділено – 672000 тис. грн., міська рада – 90000 грн.

Бюджет на КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» на 2023 рік затверджено в сумі 44000,0 тис. грн. (зі змінами 45294,8 грн.), за 2022 рік бюджет склав 42168,1 тис. грн. Структура напрямів використання фінансових ресурсів за період 2021-2023 роки наведена у табл. 2.15.

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

Таблиця 2.15

Структура фінансування КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», %

Показники	Роки			Відхилення	Темп зміни, %
	2021	2022	2023		
Оплата праці	80,5	81,3	81,0	0,5	100,62
Медикаменти	2,6	3,9	4,2	1,6	161,54
Продукти харчування	2,0	2,0	2,0	0	100,00
Енергоносії	10,9	7,2	7,3	-3,6	66,97
Інші видатки	4,0	5,6	5,5	1,5	137,50
Разом	100	100	100	-	-

Для забезпечення своєї діяльності та розвитку КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» залучає додаткові кошти з різних джерел, зокрема у 2023 році використовувались такі джерела коштів: медична субвенція, районний бюджет, спеціальний фонд, благодійна допомога, дотації (рис. 2.5).

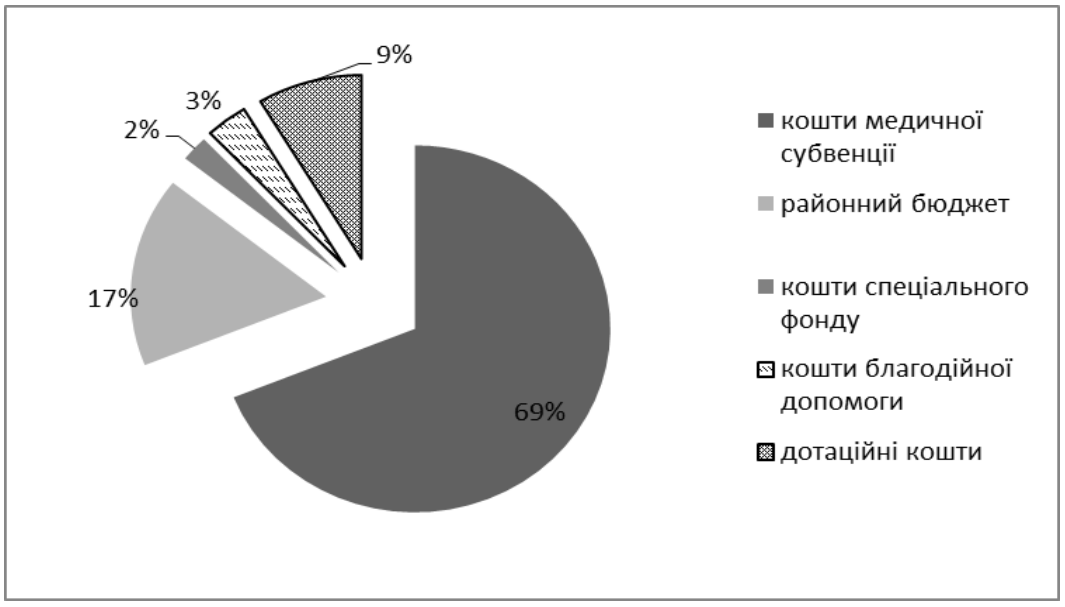


Рис. 2.5. **Структура джерел фінансування КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2023 році**

В 2021 році завершено ремонт харчоблоку, освоєно 489000,00 грн. В 2021 році на харчоблоці КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» розпочато випічку хліба. Тістоміс, хліб опічки, форми подарували бізнесмени району. Це дозволяє економити 135 тис. грн. на рік.

Завершено ремонт відділення ЕНМД, обладнано кімнати плиткою, придбані нові меблі на суму 5000,00 грн.

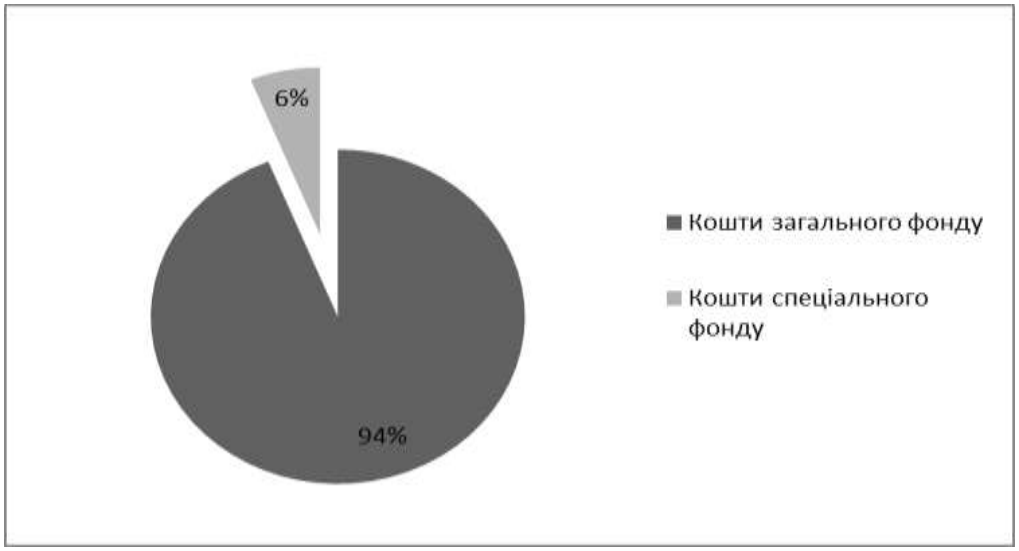


Рис. 2.6. **Структура використання коштів КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2023 році**

На реконструкцію пологового відділення КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» було виділено:

- 2023 р. з державного бюджету – 3223700 тис. грн.,
- 2021 р. з державного бюджету – 1800000 тис. грн.,
- 2023 р. з районного бюджету – 3335900 грн.,
- 2021 р. з районного бюджету – 1299000 грн.

Зокрема на виготовлення проектно-кошторисної документації «Капітальний ремонт дитячого відділення КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» - 123804,72 грн., на проектно-кошторисну документацію «Капітальний ремонт будівлі КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»; з районного бюджету - 160830 грн. На виготовлення проектно-кошторисну документацію на «Блискавкозахист» - 198500 грн.

На капітальний ремонт будівлі КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» з районного бюджету - 102658 грн. на заміну вікон у інфекційному відділенні. На капітальний ремонт дитячого відділення з державного бюджету виділено - 330000 грн. За технагляд на «Реконструкцію пологового відділення» з районного бюджету - 44070 грн.

У 2022 році закуплено офісної та комп’ютерної техніки з районного бюджету на суму – 363085 грн. Додатково придбано:

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

По програмі «Централізовані заходи з лікування хворих на цукровий діабет нецукровий діабет за 12 місяців 2022 року профінансовано 1166914,28 грн. Додатково з районного бюджету – 150000 грн., субвенція – 319700 грн. Благодійний фонд у 2022 році становив 235000 грн.

Таблиця 2.16

Отримано обладнання КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» в 2023 році

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

За 2023 рік виділено коштів з районного бюджету на капітальні видатки 2 965,3 тис. грн., а саме:

- 270,0 тис. грн. – на придбання датчиків до УЗД апарата;
- 653,8 тис. грн. – на придбання медичної апаратури;

- 1420,0 тис. грн. – завершено капітальний ремонт дитячого відділення та на придбання меблів для дитячого відділення – 51,5 тис. грн.;
- 1000,0 тис. грн. – на капітальний ремонт газових котлів;
- 692,0 тис. грн. – на продовження капітального ремонту пологового відділення;
- 680,0 тис. грн. – на програмне забезпечення медичної інформаційної системи (МІС);
- 460,0 тис. грн. - на придбання комп'ютерної техніки

Далі розглянемо динаміку витрат бюджету КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» на 1-го хворого на добу – табл. 2.17.

Таблиця 2.17

Витрати бюджету КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» на 1-го хворого на добу

Витрати	2021	2022	2023	Відхилення	Темп зміни, %
На 1-го хворого на добу					
медикаменти	5,24	11,13	17,78	12,54	339,31
харчування	6,24	10,46	12,85	6,61	205,93
На 1-го учасника ВВВ					
медикаменти	40,11	65,12	71,95	31,84	179,38
харчування	41,85	57,83	67,31	25,46	160,84

У 2021 році грошові витрати бюджету на 1-го хворого на добу на медикаменти склали 5,24 грн. Це в основному гроші на дез. засоби, наркотики, спирт, кисень і незначна доля на медикаменти на невідкладну допомогу. На 1-го учасника ВВВ на медикаменти – 40,11 грн. У 2022 році грошові витрати бюджету на 1-го хворого на добу на медикаменти склали 11,13 грн. На 1-го учасника ВВВ на медикаменти – 65,12 грн. У 2023 році грошові витрати бюджету на 1-го хворого на добу на медикаменти склали 17,78 грн. На 1-го учасника ВВВ на медикаменти – 71,95 грн. Грошові витрати бюджету на 1-го хворого на добу на харчування у 2021 році склали 6 грн. 24 коп., на 1-го УВВВ – 41 грн. 85 коп.. У 2022 році склали 10 грн. 46 коп., на 1-го УВВВ – 57 грн. 73 коп. У 2023 році склали 12 грн. 85 коп., на 1-го УВВВ – 60 грн. 31 коп.

З метою покриття дефіциту коштів загального фонду КНП «Тернопільська

обласна клінічна лікарня» у 2023 році отримано додатково власних надходжень бюджету до спеціального фонду в сумі 2305,2 тис. грн., в тому числі в натуральній формі – 1246,0 тис. грн. У 2022 році отримано додатково власних надходжень бюджету до спеціального фонду в сумі 2807,4 тис. грн., в тому числі в натуральній формі – 2424,6 тис. грн. В грудні 2021 року завершено дооснащення котельні котлом на альтернативному виді палива.

Щороку КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» має фінансування від облдержадміністрації. Додатково у 2021 році було виділено 150000 грн. на медикаменти, 80000 грн. на продукти і 240 000 грн. на матеріали та послуги, 50 000 грн. на бензин. В 2023 році додатково було виділено 119000 грн. на медикаменти. На продукти 255790 грн. на матеріали та послуги, 30000 грн. на бензин, на зарплату і на нарахування на зарплату – 287 200 грн.

З метою систематизації основних напрямів змін, що відбулись у сфері регулювання якості медичної допомоги, та взяти до уваги ті, які найістотніше впливають на діяльність закладу охорони здоров’я і на які потрібно адекватно реагувати його керівництву, необхідно застосовувати стандартизовані технології управління, якими є методологія SWOT–аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища. Результати SWOT-аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» представлені в таблиці 2.18.

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

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

Таблиця 2.18

Результати SWOT-аналізу КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

	Можливості	**Загрози**
Зовнішнє середовище	1. Політичні: 1.1 Реформування галузі охорони здоров'я. 2. Економічні – надання більшої автономії закладам охорони здоров'я. 3. Соціальні – відсутні. 4. Технологічні. 4.1. Створена система стандартів медичної допомоги, ресурсного забезпечення та умов її надання. 4.2. Запроваджені і діють механізми ліцензування і акредитації 4.3. Підвищені кваліфікаційні вимоги до фахівців галузі охорони здоров'я. 4.4. Розроблена методична база створення медико-технологічних документів. 4.5. Створена організаційна структура моделі забезпечення якості медичної допомоги.	1. Політичні: 1.1. Часті зміни правлячих партій. 1.2.Часті зміни керівництва галузі. 1.3.Посилення державного регулювання якості медичної допомоги. 2. Економічні. 2.1. Обмежене фінансування закладів охорони здоров'я. 2.2. Низький рівень мотивації медичних працівників до якісної праці. 2.3. Значний внесок пацієнтів у функціонування галузі шляхом тіньової оплати ними медичного обслуговування. 2.4. Загальне погіршення економічного стану суспільства в умовах зростання цін на енергоносії та інфляційних процесів. 3. Соціальні. 3.1. Погіршення медико-демографічної ситуації, пандемія. 3.2. Зростання вимог населення до якості медичної допомоги. 4. Технологічні. 4.1. Повільне створення медико-технологічних документів на доказовій базі. 4.2. Умови ліцензування і стандарти акредитації не містять визнаних на міжнародному рівні вимог до функцій, методів і засобів управління якістю. 4.3. Низький освітній рівень фахівців з питань якості медичної допомоги. 4.4. Обмежена методична база технологій управління якістю.
	Сильні сторони	**Слабкі сторони**
Внутрішнє середовище	1. Наявні інфраструктура і робоче середовище. 2. Трудовий потенціал – здібності медичного персоналу до навчання, засвоєння і використання нових лікувально-діагностичних і організаційних технологій. 3. Можливості підвищення рівня матеріальної і нематеріальної мотивації співробітників до якісної праці. 4. Можливості формалізації взаємодії з партнерами – постачальниками медичних технологій. 5. Можливості покращити зовнішню і внутрішню координацію діяльності.	1. Відсутність організаційної структури, спроможної підтримувати адекватне інформаційне забезпечення прийняття управлінських рішень з покращення якості. 2. Обмежені кадрові, фінансові, матеріально-технічні, інформаційні, технологічні ресурси, засоби автоматизації руху інформації. 3. Низький рівень організації післядипломного навчання на робочих місцях з питань якості медичної допомоги. 4. Відсутнє широке залучення співробітників до управління якістю медичної допомоги. 5. Низький рівень мотивації співробітників до якісної праці. 6. Низький рівень впровадження інновацій у організацію медичної допомоги.

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

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

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

Аналіз основних внутрішніх факторів КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» показав обмеженість наявних ресурсів: кадрових, матеріально-технічних, фінансових, інформаційних, технологічних. Наявний медичний персонал КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» зі значним досвідом професійної діяльності і підтвердженим, за даними атестації, високим кваліфікаційним рівнем спроможний певною мірою компенсувати недостатню чисельність кадрів та оволодіти у необхідному обсязі додатковими знаннями і компетенціями з питань якості медичної допомоги в разі відповідної певним вимогам (стандартам) організації навчання як у закладі охорони здоров‘я, так й у закладах післядипломної освіти.

Залучення значної кількості персоналу до управління якістю може стати не лише джерелом додаткового інформаційного забезпечення керівника, але й значним важелем нематеріального заохочення в умовах низького рівня матеріального стимулювання співробітників.

РОЗДІЛ 3
РОЗРОБКА СИСТЕМИ ЗАХОДІВ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

3.1. Обґрунтування доцільності впровадження системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000

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

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

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

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

Впровадивши систему менеджменту якості, КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» розпочне працювати відповідно до моделі, зображеної на рисунку 3.1.



Рис. 3.1. **Запропонована модель управління КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», що ґрунтується на процесах системи менеджменту якості**

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

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

Таким чином, впровадження стандартів ISO 9001:2015 в будь-якому разі дозволяє вирішити низку завдань для КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»:

– покращити якість обслуговування пацієнтів;

– удосконалити послуги, які вже надаються в клініці і, можливо, запустити нові;

– підвищити кваліфікацію персоналу;

– ефективніше розподілити повноваження та зони відповідальності співробітників;

– провести аналіз всіх поточних процесів й усунути недоліки.

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

Таким чином, цей процес складається з таких етапів:

– розробка документів з Системи Менеджменту Якості відповідно до вимог стандартів ISO 9001 / ДСТУ ISO 9001 (6 обов'язкових стандартів, загальне Керівництво з якості, додаткові стандарти в залежно від специфіки наданих послуг);

– впровадження документів в практику робіт;

– внутрішній аудит, коригування дій за результатами внутрішнього аудиту;

– підготовка документів в орган сертифікації, що має право проводити сертифікацію послуг у сфері охорони здоров'я і надання медичної допомоги.

Під час призначення осіб, відповідальних за організацію та проведення робіт щодо розробки системи управління якістю КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», доцільно виходити з того, що такими особами є управлінський персонал. Належне виконання робіт із розробки системи управління якістю передбачає наявність офіційних версій стандартів ДСТУ ISO 9000:2015 «Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів», ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги», ДСТУ ISO 9004:2012

«Управління досягнення сталого успіху організацією», ДСТУ ISO 19011:2012 «Настанови щодо здійснення аудитів систем управління». Застосування неофіційних версій є неприйнятним.

Відповідно до концепції стратегічного управління в охороні здоров'я і принципу всебічного менеджменту якості «Лідерство», сполученому з положеннями ДСТУ ISO 9001:2015, керівництво КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» повинно задекларувати загальні наміри та напрямки діяльності закладу охорони здоров'я в сфері якості, а також прийняття своєї відповідальності за якість медичної допомоги, як вищої цінності для пацієнта та інших зацікавлених у якості сторін (табл. 3.1).

Керівник КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» повинен також довести взяття на себе зобов'язань бути лідером, який орієнтує увесь персонал на якісне виконання професійних функцій. Політика в сфері якості медичної допомоги має бути деталізованою та узгодженою з напрямками діяльності закладу охорони здоров'я.

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

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

За системно-елементним аспектом, у організаційну структуру КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» доцільно ввести представника керівництва з якості з повноваженнями організації виконання функцій (процесів) в системі, звітування перед найвищим керівництвом про її функціонування та про потребу у поліпшенні, а також забезпечення обізнаності з вимогами замовників зовні та в межах організації.

Таблиця 3.1

Пропонований варіант «Політики в сфері якості медичної допомоги» для КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Політика в сфері якості медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»
1. Загальні наміри Політики
1.1. Постійне покращення якості медичної допомоги для задоволення потреб пацієнтів ми вважаємо основою і головним напрямком діяльності нашого закладу. 1.2. Ми враховуємо також інтереси зацікавлених у якості медичної допомоги сторін – співробітників і керівництва закладу, вищих органів управління охороною здоров'я, органів місцевого самоврядування, а також партнерів – інших закладів охорони здоров'я, громадських організацій, закладів і установ-постачальників ресурсів. 1.3. Якість по всім напрямкам діяльності закладу визначається першочерговим завданням кожного співробітника.
2. Основні напрямки Політики
2.1. Політика по відношенню до пацієнтів Ми орієнтуємось на задоволеність поточних і майбутніх потреб наших пацієнтів у якісній медичній допомозі та якісному медичному обслуговуванні, а також намагаємось випередити очікування. 2.2. Політика по відношенню до персоналу Кваліфікований персонал є запорукою сучасного рівня якості медичної допомоги і досягнення високоякісних результатів діяльності закладу, тому ми постійно забезпечуємо безперервну післядипломну освіту фахівців, створюємо умови для мотивації їх до праці та усвідомлення ними відповідальності за її результати. Заохочується професійний розвиток персоналу, запровадження ініціатив співробітників з забезпечення і покращення якості, а також участь фахівців в управлінні якістю медичної допомоги. 2.3. Політика по відношенню до партнерів й держави Ми будуємо наші стосунки з партнерами на основі взаємовигідного довготривалого відкритого співробітництва, розуміння спільних цілей в сфері якості медичної допомоги, довіри та побудови ефективних комунікацій. Ми проводимо задекларовану на державному, галузевому і регіональному рівнях політику в сфері якості дотримання положень законів України, інших нормативно-правових актів.
3. Основні напрямки реалізації Політики
3.1. Запорукою успішної реалізації політики КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» є створення системи управління якістю на основі європейських підходів до якісних систем охорони здоров'я, вимог національних, гармонізованих з міжнародними, стандартів на системи управління якістю – ДСТУ ISO 9001:2015, набутого вітчизняного і власного досвіду. Результативність діяльності системи обумовлюється її постійним вдосконаленням і розвитком. 3.2. Дієвим і доведеним засобом постійного покращення якості медичної допомоги в рамках системи управління якістю є запровадження, дотримання, періодичний перегляд і оновлення медичних технологій на основі єдиної ідеології профілактики, діагностики і лікування – доказової медицини. 3.3. Основою забезпечення якості медичної допомоги вважаємо своєчасне постачання необхідних ресурсів та їх ефективне використання. 3.4. Керівництву закладу максимально делегуються повноваження з організації діяльності, спрямованої на постійне покращення якості медичної допомоги, лікувально-діагностичного процесу, використання ресурсів, якості управління системою, а також впровадження інновацій та створення умов для залучення широкого кола співробітників до управління якістю.

В запропонованій системі представником керівництва обраний один з заступників керівника (з медичних питань) на противагу тому, що в існуючій

системі він наділявся лише функціями керівництва робочою групою з розробки стандартів медичної допомоги [42].

В діючій системі забезпечення якості медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» вимагає перегляду нечітко визначений розподіл функцій головного лікаря і медичної ради в напрямку їх сумісної діяльності, у першу чергу, з вирішення стратегічних завдань. Такий підхід відповідає принципу «Лідерство» Концепції всебічного менеджменту якості, при якому відповідальність за якість медичної допомоги і організацію діяльності в сфері якості повинна покладатись на головного лікаря, а забезпечення демократизації управління, підвищення об'єктивності управлінських рішень з покращення якості стає провідним завданням медичної ради (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Рекомендації щодо змін в системі управління КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

	Існуюча система управління	Запропонована система управління
Компоненти	Головний лікар, медична рада, заступник головного лікаря, голова комісії, завідувачі відділень, завідувач організаційно-методичним відділом, головна медична сестра	Головний лікар, заступники головного лікаря, медична рада, голови робочих груп з розробки процесів, голова фармако-терапевтичної комісії, завідувачі відділень, керівник служби внутрішнього аудиту, керівники експертних груп, керівники груп самооцінки, головна медична сестра
Функціональні повноваження	Головний лікар - прийняття управлінських рішень в межах загальної системи управління закладом. Медична рада – координація діяльності відділень і контроль якості, експертна оцінка якості, впровадження стандартів і протоколів, створення тимчасових робочих комісій, груп, експертних груп, участь у моніторингу ефективності управління якістю, планування заходів з покращення якості. Заступник головного лікаря – керівництво робочою групою з розробки локальних стандартів медичної допомоги. Голова фармако-терапевтичної комісії – керівництво розробкою локального формуляру лікарських засобів. Завідувачі відділень – моніторинг виконання локальних стандартів, експертна оцінка.	Головний лікар – планування, організація розробки, забезпечення функціонування системи управління якістю; розробка політики і стратегічних цілей в сфері якості; управлінський аналіз якості; прийняття управлінських рішень з покращення якості. Заступник головного лікаря (з медичних питань) – вповноважений представник головного лікаря з управління якістю. Координація діяльності в системі управління якістю на тактичному рівні. Узагальнення і аналіз даних моніторингу процесів, аудиту процесів і системи, самооцінки системи управління якістю. Медична рада – внесення пропозицій до планування, розробки і забезпечення функціонування системи управління якістю; періодичний аналіз якості допомоги; участь у прийнятті управлінських рішень з покращення якості. Заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи – організація діяльності з визначення нормативних вимог до якості, вимог пацієнтів і співробітників. Керівництво робочою групою з розробки й впровадження допоміжних і управлінських процесів.

Функціональні повноваження	Завідувач організаційно-методичним відділом – моніторинг виконання локальних стандартів. Головна медична сестра – взаємодія середнього медичного персоналу під час впровадження локальних стандартів медичної допомоги	Керівництво навчально-тренінговим центром. Організація формування бази даних за результатами моніторингу процесів і системи управління якістю. Голови робочих груп з проектування процесів – головні позаштатні спеціалісти (обласні, районні). Керівництво розробкою локальних стандартів медичної допомоги. Моніторинг виконання локальних стандартів процесів. Планування і проведення коригувальних і запобіжних дій за даними моніторингу в межах повноважень. Представлення даних моніторингу і пропозицій з покращення якості на вищий рівень управління. Голова комісії – керівництво розробкою локального формуляру лікарських засобів, аналіз. Керівництво групою аудиту з раціональності використання лікарських засобів. Завідувачі відділень – моніторинг виконання локальних стандартів і аналіз несприятливих результатів медичної допомоги на рівні відділень. Відповідальність за раціональне використання ресурсів. Керівник служби внутрішнього аудиту – керівництво службою внутрішнього аудиту, організація аудитів процесів, результатів діяльності і системи управління якістю. Керівники експертних груп – керівництво діяльністю груп з проведення експертної оцінки несприятливих результатів діяльності і спірних питань. Керівники груп самооцінки – керівництво діяльністю груп з проведення самооцінки системи управління якістю. Головна медична сестра – організація роботи молодшого персоналу в системі управління якістю медичної допомоги
Структура	Лінійно-функціонально-матрична структура з переважанням лінійно-функціональної. Головний лікар очолює медичну раду. Низький рівень залучення персоналу до управління якістю.	Лінійно-функціонально-матрична структура з переважанням матричної складової. Медичну раду очолює один із заступників головного лікаря. Високий рівень залучення персоналу до управління (служба внутрішнього аудиту, проектні групи, групи самооцінки).

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

Для КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ідентифіковані види діяльності з урахуванням визначених цілей, які розподілені на:

- процеси, необхідні для надання власне медичної допомоги (основні

процеси);

- допоміжні процеси: управлінської діяльності керівництва, забезпечення якості ресурсів, «зворотного зв‘язку» в системі (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Групи і види процесів у системі управління якістю медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

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

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

пролікований пацієнт, інформація про нього, дані про перебіг процесу, використані ресурси, задоволеність пацієнта.

Процеси забезпечення якості ресурсів пов’язані з процесом надання медичної допомоги, оскільки діагностика і лікування неможливі без належного діагностичного обладнання, безпечних і клінічно ефективних лікарських засобів, без кваліфікованого і компетентного медичного персоналу, який здійснює лікувальні і діагностичні процедури. Кожен процес, що відбувається в системі, підлягає плануванню, забезпеченню ресурсами, виконанню дій, та моніторингу, вимірюванню і оцінці результатів вимірювань для забезпечення «зворотного зв’язку» в системі.

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

Таким чином, стандартизація організаційних технологій на основі Міжнародних стандартів ISO серії 9000 та їх вітчизняних аналогів дасть змогу виконати керівнику КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» необхідні функції на рівні сучасних вимог у сфері управління якістю, а саме:

- планування високих вимог якості послуг та керівництва;
- забезпечення постійного виконання технологій управління та раціонального використання ресурсів;
- ефективного оперативного управління якістю шляхом регулярного й періодичного моніторингу лікувально-діагностичного і допоміжних процесів, системного вимірювання та оцінки отриманих даних, аналізу причин відхилень від запланованих показників; своєчасного здійснення коригувальних заходів у

разі виявлення не відповідностей у процесах;

- дотримання циклу постійного покращення процесів навіть за умови досягнення запланованого рівня якості.

3.2. Організація внутрішнього аудиту як сучасної форми контролю якості надання медичної допомоги

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

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

1) Ресурси: обсяг фінансування, медичні кадри, обладнання, умови надання медичної допомоги, ефективність використання ресурсів;

2) Управління - рівень держави: ліцензування, акредитація, стандартизація, зовнішній аудит, механізми фінансування, державне регулювання діяльності суб'єктів господарювання недержавних форм власності галузі здоров'я, уніфіковані клінічні протоколи, система мотивації, система навчання персоналу;

3) Управління – рівень закладу: стандартизація етапів надання медичної допомоги, технології лікування, локальні протоколи, механізм внутрішнього аудиту, формування сприятливого середовища, система мотивації, навчання персоналу;

4) Поведінка пацієнтів: відсутність відповідального ставлення до здоров'я, здорового способу життя, виконання призначень лікаря тощо.

Формування сукупності складових у системі управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ створює основу можливих напрямків покращення якості медичного обслуговування КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня».

На рис. 3.2 наведені результати побудови системи основних факторів забезпечення якості медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» за допомогою діаграми Ісікави.

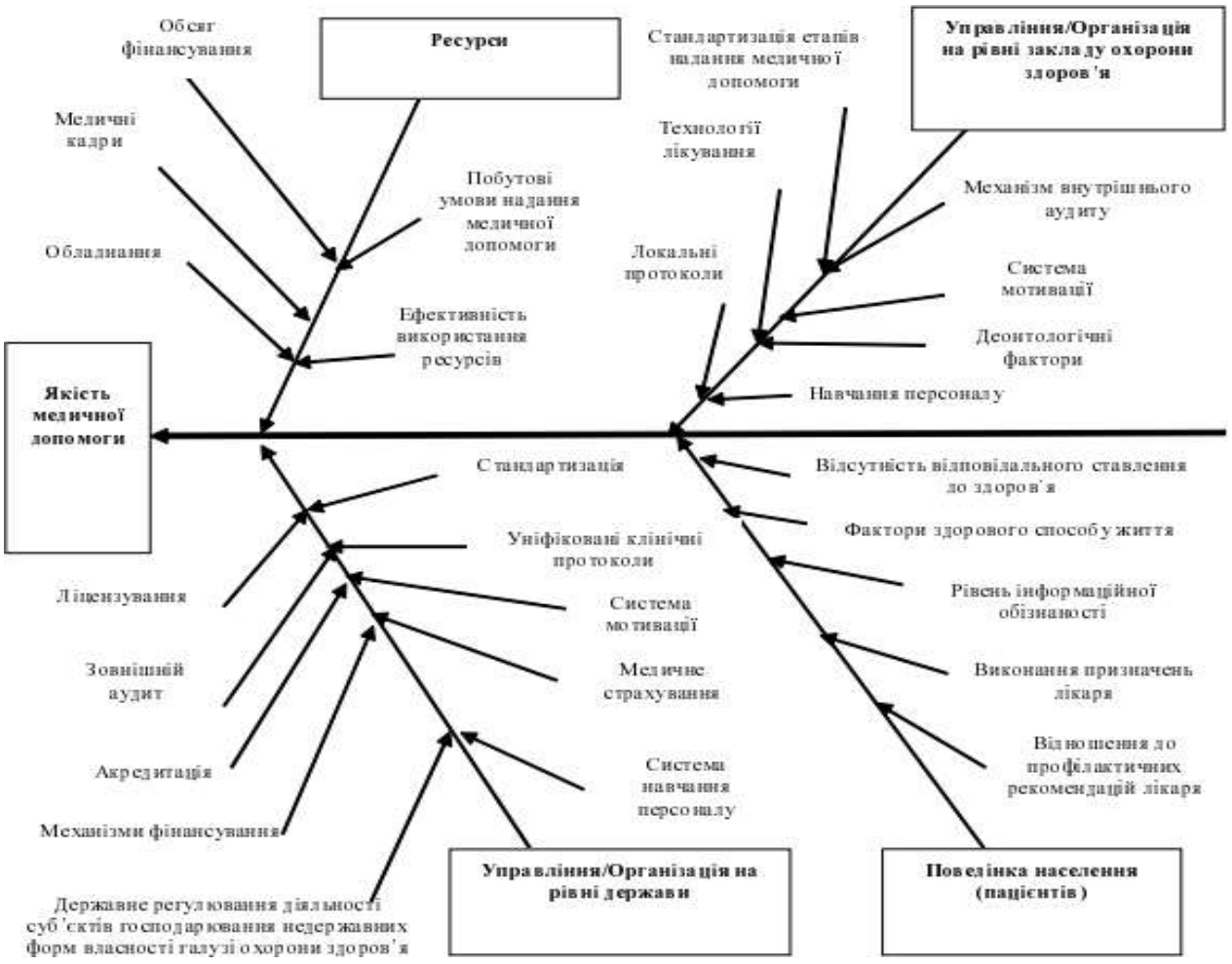


Рис. 3.2. **Загальна система основних факторів забезпечення якості медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»**

Сучасний економічний стан галузі унеможливлює суттєве збільшення ресурсної складової підвищення якості медичного обслуговування, тому актуальними є питання ефективного використання ресурсів. Впровадження системи управління якістю медичної допомоги на рівні є найактуальнішим і

перспективним напрямком для швидких змін у покращенні якості медичного обслуговування КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня».

Нами пропонується організаційно-економічний механізм управління якістю медичної допомоги, який передбачає проведення циклічної оцінки якості медичних послуг у КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» й функціонування моделі системи управління якості медичної допомоги (рис. 3.3).

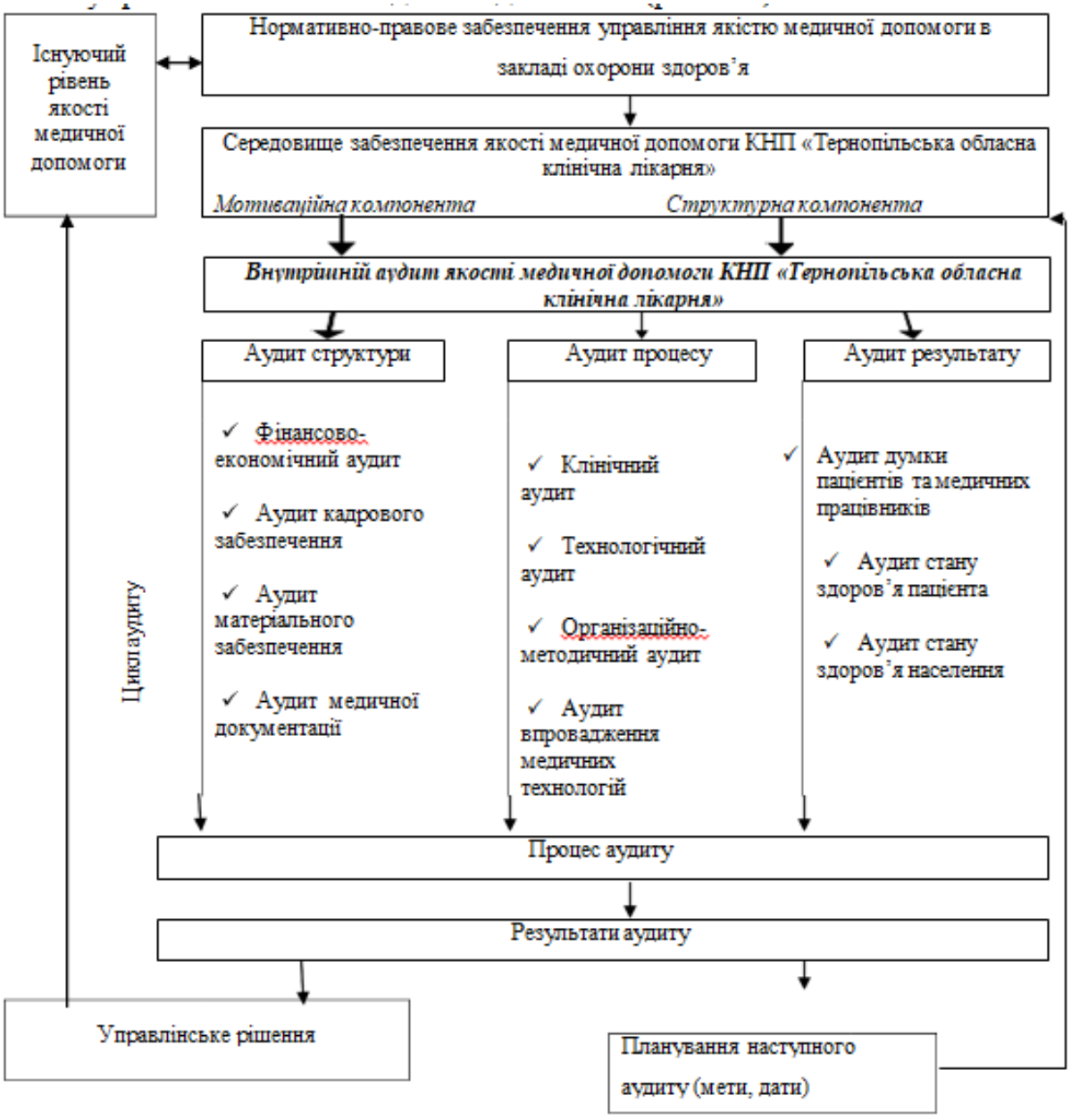


Рис. 3.3. **Загальна модель управління якістю медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» на основі внутрішнього аудиту**

Джерело: сформовано автором

Базовими елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги; середовище забезпечення якості медичної допомоги та цикл аудиту у КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня».

Ефективність проведення циклу внутрішнього аудиту залежить від сформованого середовища забезпечення якості медичної допомоги; мотиваційної та структурної компонент, що змінюються під впливом управлінських рішень; нормативно-правового забезпечення управління якістю медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня».

Нами сформована така послідовність організації системи управління якістю медичної допомоги у КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», що базується на основі внутрішнього аудиту.

Внутрішній аудит буде джерелом інформації, що допоможе головному лікарю об'єктивно оцінити реальний стан якості медичної допомоги в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» та приймати управлінські рішення. Метою внутрішнього аудиту надання медичної допомоги є забезпечення необхідною інформацією менеджменту лікарні.

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

В національній системі охорони здоров'я задекларований клінічний аудит як необхідна умова покращення якості. Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2025 р. визначено, що клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня.

У тісному зв'язку з клінічним аудитом, спрямованим переважно на

встановлення правильності ведення пацієнтів, відповідно до критеріїв якості, проводити управлінський аудит – аудит дотримання організаційних технологій (своєчасності, доступності медичної допомоги), раціональності і ефективності використання медичного обладнання, ліків, кадрових ресурсів; аудит відповідності неклінічної діяльності (акредитаційних стандартів на умови, в яких надається медична допомога); аудит відповідності функціонування системи контролю якості. У цій роботі ми пропонуємо виконувати аудит відповідно до тріади Донабедіана (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Рекомендовані компоненти внутрішнього аудиту КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

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

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

виступають медико-економічні нормативи і розрахунки.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Думка пацієнтів та медичних працівників є основою порівняння при проведенні аудиту думки пацієнтів та працівників. Для виявлення думки пацієнтів та медичних працівників необхідно проводити опитування. Аудит стану здоров'я пацієнта проводиться за медичною документацією. Аналіз медичної документації дозволяють оцінити якість медичної допомоги за фактичними даними, наведеними в документах первинного обліку.

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

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

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

допомоги.

В сукупності з іншими видами контролю внутрішній аудит можна розглядати як додатковий інформаційний ресурс вищого керівництва КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», що сприятиме підвищенню прозорості діяльності та поінформованості керівника з усіх питань, що стосуються якості.

Самооцінка системи управління якістю спрямовується на проведення періодичного контролю функціонування системи управління якістю медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» з метою виявлення сильних сторін в управлінні якістю, а також напрямків, які потребують покращення. Результати самооцінки можна використати для визначення стратегії розвитку КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», розробки перспективних планів з удосконалення діяльності і підвищення задоволеності усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін. Самооцінку бажано проводити за ключовими критеріями управління якістю шляхом покрокової бальної самооцінки описових характеристик існуючої системи. Особливістю самооцінки слід вважати необхідність врахування усіх рівнів досягнення критеріїв послідовно, без виключення будь-яких при просуванні до вищого рівня.

План-графік процесу впровадження системи оцінки якості медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» наведено у таблиці 3.5.

Відповідно до таблиці 3.5 у першу чергу в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», наказом головного лікаря створюється комісія з забезпечення якості медичної допомоги. Мета комісії полягає в тому, щоб розробити дієву програму систематичного підвищення якості медичної допомоги на основі поглибленого аналізу прийнятих для оцінки показників, окремих помилок та упущень, нещасних випадків, скарг пацієнтів, пропозицій лікарів і медичних сестер, літературних даних. Порядок проведення самооцінки передбачає видання відповідного наказу визначенням відповідальних осіб, графіків самооцінки по підрозділам, термінів проведення самооцінки, критеріїв самооцінки, терміну формування звіту і представлення керівництву одержаних результатів.

Таблиця 3.5

План-графік організації процесу внутрішнього аудиту оцінки якості медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» (річний)

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

Останні слугують основою прийняття управлінського рішення з виданням по закладу наказу про підсумки діяльності системи управління якістю за поточний рік та покращення проблемних елементів системи з планом його виконання. Самооцінку бажано проводити щороку.

Відповідальним в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» за роботу по забезпеченню якості медичної допомоги є заступник головного лікаря з медичної роботи. На рівні структурного підрозділу КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» роботу по забезпеченню якості медичної допомоги в цілому організовую завідувач відділенням, а безпосередньо молодшого медичного персоналу з вищою освіту – старша медична сестра. Такий вид роботи у вказаних посадових осіб визначається їх посадовою інструкцією.

Система контролю якості медичної допомоги у КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» має відповідати наступним ступеням контролю:

- перший ступінь контролю – завідуючий структурним підрозділом

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

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

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

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

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

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

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

Останній етап аудиту включає моніторинг та оцінку. Тут формується підсумкова оцінка ефективності внутрішнього аудиту та закріплюються досягнуті покращення в закладі. На основі висновків команда має прийняти рішення щодо внесення коректив у систему менеджменту КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня».

3.3. Рекомендації щодо удосконалення клінічних індикаторів якості медичної допомоги

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

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

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

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

- безпека;
- результат і якість процесу;
- досвід пацієнтів.

«Клінічний індикатор – це інструмент, за допомогою якого можна визначити можливі проблеми та/чи можливості для підвищення якості

обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування. При належному використанні індикатори можна застосовувати для порівняння варіантів надання аналогічних медичних послуг у різних закладах та для оцінки рівня цих послуг відносно національних стандартів. Індикатори можуть використовуватися як основа для оцінки сучасної практики та слугувати відправною точкою для початку процесу вдосконалення догляду за хворими» - Національна служба охорони здоров'я Великої Британії — National Health Service (NHS) Quality Improvement Scotland (QIS) [23].

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

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

На сьогодні КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» виконує діагностику за такими індикаторами:

- Індикатори процесу забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні її надання – функція посади лікаря-спеціаліста амбулаторно-поліклінічного закладу охорони здоров'я (підрозділу):

- частка звернень з профілактичною метою, % до загальної кількості звернень;

- частка звернень за направленнями ЛЗП-СЛ, % до загальної кількості звернень;

- частка взятих на диспансерний облік за основними нозологіями, % від загальної кількості хворих;

- частка оглянутих з профілактичною метою, % від загальної кількості

диспансерних хворих за нозологіями;

- частка охоплених заходами реабілітації (проти рецидивного лікування), % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями.

За даними експертної оцінки карт амбулаторного хворого виявляються дефекти в роботі: невідповідність обстеження, неадекватна стану пацієнта визначена лікарем тактика, відсутність профілактичної спрямованості при веденні пацієнта, неякісне ведення медичної документації; випадки порушення принципу конфіденційності інформації про пацієнта, деонтології, прав пацієнтів, санітарно-протиепідемічного режиму.

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

- кількість госпіталізованих у лікувальних закладах на 10000 населення;

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

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

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

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

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

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

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

стаціонару (відділення).

- питома частка планових операцій у загальному обсязі хірургічних втручань.

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

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

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

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

- зниження рівнів смертності населення працездатного віку;

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

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

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

- структура ліжкового фонду за спеціальностями: число ліжок даного профілю х 100 / загальна кількість ліжок;

- рівень госпіталізації – число госпіталізованих пацієнтів х 100/ загальна кількість населення;

- динаміка ліжкового фонду: к ількість ліжок в звітному році х 100/ кількість ліжок в попередньому році;

- укомплектованість медичними кадрами: число занятих лікарських (лаборантських) посад х 100 / число штатних лікарських (сестринських, лаборантських) посад;

- середнє число роботи госпітального ліжка за рік: число ліжко-днів,

фактично проведених пацієнтами, відділенні / середньорічна кількість ліжок у відділенні;

- середній термін перебування пацієнтів в стаціонарі: число ліжко-днів фактично проведених пацієнтами в стаціонарі / кількість виписаних із стаціонару пацієнтів;

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

- Летальність в стаціонарі:

а) загальна летальність: загальна кількість померлих в стаціонарі пацієнтів х 100 / загальна кількість пацієнтів вибулих із стаціонару;

б) летальність за профілем структурного підрозділу: кількість померлих в даному структурному підрозділі х 100 / кількість вибулих із даного структурного підрозділу;

в) летальність за певною нозологічною формою: кількість померлих з певною нозологічною патологією х 100 / загальна кількість вибулих з даною нозологічною патологією;

г) добова летальність: кількість померлих в стаціонарі пацієнтів в терміні до 24 годин перебування в стаціонарі х 100 / кількість госпіталізованих до стаціонару;

д) структура післяопераційної летальності: кількість померлих, які прооперовані з даної причини х 100 / загальна кількість прооперованих померлих.

Проект впровадження додаткових клінічних індикаторів як частини системи підвищення якості медичних послуг в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» визначає дві основні проблеми, пов’язані з розробкою та використанням індикаторів:

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

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

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

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

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

15 з наведених нижче 22 клінічних індикаторів, вибраних для дослідження у рамках проекту щодо впровадження індикаторів якості медичної допомоги, можуть використовуватися як додаткові для порівняння якості медичної допомоги у країнах, зокрема частину можна використовувати і у КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня». Вони становлять базовий компонент будь-якого набору клінічних індикаторів у країнах, які беруть участь у розбудові якісної системи

охорони здоров’я. Такими індикаторами є [46]:

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

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

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

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

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

Однак для КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» може знадобитися погодження національних індикаторів, сумісне з іншою діяльністю на національному рівні, наприклад Комісії по контролю якості медичних послуг.

При розробці індикатора необхідно послідовно та ретельно заповнити всі структурні розділи, які становлять опис індикатора. При запровадженні

індикатора доступність необхідної первинної та допоміжної інформації та можливість реалізації запропонованого алгоритму обчислення має бути забезпечена організаційно.

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

– первинна медична документація;

– автоматизовані бази даних, що ґрунтуються на первинній медичній документації;

– інші джерела та бази даних, що містять суттєву інформацію, за умови можливості їх отримання та опрацювання при обчисленні індикатора.

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

1. Знаменник показника має визначати досліджувану множину об’єктів.

2. Досліджувана множина має прозорий фізичний зміст щодо медичної допомоги та може бути чітко окреслена за допомогою первинних медичних або реєстраційних документів, записів загальноприйнятих або інших структурованих носіїв інформації, що містять суттєві стосовно якості медичної допомоги характеристики об’єктів.

Найбільш поширеними об’єктами, існують відповідні звітні чи реєстраційні форми, документи або записи в документах та базах даних, є:

– заклад охорони здоров’я – КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»;

– фізична особа (хворий, пацієнт тощо);

– окремий випадок захворювання (діагноз);

– окремий факт госпіталізації;

– окремий факт надання медичної допомоги (послуга).

При визначенні досліджуваних об’єктів обов’язково слід деталізувати первинний медичний документ, який визначатиме екземпляр об’єкта. Слід зважати, що деякі інтуїтивні та не визначені через відповідний документ поняття припускають різні тлумачення. Наприклад, з точки зору закладу охорони здоров’я

під поняттям «пацієнт» або «хворий» зазвичай розуміють не «фізичну особу», яку можна ідентифікувати за паспортом або ідентифікаційним кодом, а «випадок госпіталізації», інформаційним носієм про який є медична карта стаціонарного хворого (форма 003/0) або статистична карта вибулого хворого (форма 066/0). Очевидно, одній фізичній особі може відповідати кілька випадків госпіталізації протягом певного періоду.

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

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

– експертний аудит, що базується на вибірковому або тотальному опрацюванні первинної медичної інформації кваліфікованим експертом, який здатний скласти висновок щодо кожного розглянутого випадку;

– автоматизована обробка баз даних, яка ґрунтується на формальних алгоритмах.

Очевидно, перший шлях є досить трудомістким і потребує залучення керівництвом КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» висококваліфікованих експертів. При цьому не виключається прийняття суб’єктивних рішень. Другий шлях технологічно більш прийнятний, але потребує належного матеріально-технічного забезпечення та наявності технічних можливостей для формування баз даних, які ґрунтуються на первинній медичній інформації.

Нині досить поширеним є «перехідний» шлях, коли за умов неналежного інформаційно-технічного забезпечення здійснюється опрацювання паперових документів та облікових форм за алгоритмами та інструкціями. У перспективі для КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» цей шлях має бути замінений на

автоматизовану обробку.

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

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

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

Для реалізації запропонованої системи оцінки якості роботи у КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» необхідно створити групу експертів (можливо це будуть завідувачі відділень, провідні фахівці) для формування переліку індикаторів та їх обрахунку. Користуючись світовими напрацюваннями у цій сфері, пропонуємо перелік та характеристику додаткових базових клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» (табл. 3.6.).

Таблиця 3.6

Додаткові клінічні індикатори оцінки якості результатів діяльності КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

Назва індикатору	Чисельник	Знаменник	Джерело
Частота нововиявлених випадків виразок	Кількість пацієнтів із пролежневими виразками, виявлених у лікарні у певний час у поточному році	Загальна кількість пацієнтів на ту ж саму дату	Basic Set of Hospital Performance Indicators
Відсоток реакцій	Кількість випадків трансфузійних реакцій у пацієнтів лікарні в період з 1 січня по 31 грудня	Загальна кількість пацієнтів, які перенесли переливання крові в період з 1 січня по 31 грудня	Basic Set of Hospital Performance Indicators
Коефіцієнт внутрішньо лікарняної летальності від ГІМ (гострий інфаркт міокарда)	Кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом ГІМ за період з 1 січня по 31 грудня	Кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом ГІМ в період з 1 січня по 31 грудня	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)
Коефіцієнт внутрішньо лікарняної летальності від інсульту	Кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом «інсульт» в період з 1 січня по 31 грудня	Загальна кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом «інсульт» у період з 1 січня по 31 грудня	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)
Щорічні аналізи на гемоглобін HbA1c у пацієнтів із цукровим діабетом	Загальна кількість пацієнтів із цукровим діабетом 1-го або 2-го типу, які хоча б один раз здали аналіз на гемоглобін та були госпіталізовані в період з 1 січня по 31 грудня	Загальна кількість пацієнтів із цукровим діабетом 1-го або 2-го типу, госпіталізованих у період з 1 січня по 31 грудня	Basic Set of Hospital Performance Indicators
Загальний коефіцієнт повторної госпіталізації протягом 28 днів після виписки	Кількість пацієнтів, яких було госпіталізовано повторно протягом 0-27 днів після виписки в період з 1 січня по 31 грудня	Загальна кількість пацієнтів, виписаних із лікарні в період з 1 січня по 31 грудня	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)
Післяопераційні інфекційні ускладнення	Кількість пацієнтів із післяопераційними інфекціями	Загальна кількість прооперованих пацієнтів	Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)
Відсоток пологів шляхом кесарева розтину	Кількість пологів за допомогою кесарева розтину, без, в період з 1 січня по 31 грудня	Кількість всіх пологів у період з 1 січня по 31 грудня	Basic Set of Hospital Performance Indicators

Таким чином, запропоновані заходи із удосконалення системи індикаторів якості медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» спрямовані на визначення можливих проблем та/чи можливостей для підвищення якості обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування. Реалізація такого процесу передбачає створення групи для формування переліку індикаторів та їх обрахунку, створення і розвиток баз даних та інформаційних технологій, вдосконалення засобів автоматизованої обробки електронної інформації та системним покращанням якості та повноти медичної інформації КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня».

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

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

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

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

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

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

Аналіз міжнародних та національних вимог щодо забезпечення якості медичної допомоги показав, що у багатьох країнах світу були прийняті та діють програми забезпечення якості медичної допомоги. Це обумовлено очікуванням у суспільстві організації високого рівня якості обслуговування в

закладах надання медичної допомоги.

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

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

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

Об'єктом дослідження обрано КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», що знаходиться у м. Тернопіль Тернопільської області. За період дослідження робота КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» проводилася згідно програмних документів стратегічного розвитку медичної галузі і спрямована на: профілактику та лікування серцево-судинних, судинно-мозкових захворювань; боротьбу з онкологічними захворюваннями, СНІДом, вірусними

гепатитами; підтримання статусу «Лікарня доброзичлива до дитини»; забезпечення виконання завдань визначених програмою «Репродуктивне здоров`я»; забезпечення виконання комплексної програми «Цукровий діабет» лікування та профілактика ускладнень; забезпечення виконання «Програми протидії захворювання на туберкульоз»; виконання програми «Здоров`я нації 2025»; виконання програми «Майбутнє Тернопільщини в збереженні здоров'я громадян».

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» має у своєму складі консультативно-поліклінічне відділення та стаціонар. Амбулаторно-поліклінічне відділення в своєму складі має: жіночу консультацію; клініко-діагностичну лабораторію; кабінет рентген-діагностичних досліджень; кабінет функціональної діагностики; фізіотерапевтичний кабінет; кабінет ЛФК; ендоскопічний кабінет; кабінет ультразвукової діагностики та відділення трансфузіології.

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

Станом на 01.01.2024 року в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» працює 64 лікарів, 183 середнього мед. персоналу, 109 – молодшого та 98 іншого персоналу. Всього 458 осіб. Кількість зареєстрованих 491,75 посади, зайнято – 478,25. Щороку знижується питома вага атестованих лікарів. Кількість населення регіону, що обслуговує КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» також знижується, однак нижчими темпами ніж кількість лікарів. Обсяги фінансування щороку зростають.

Загальний аналіз діяльності амбулаторно-поліклінічного відділення показав, що відбувається загальне скорочення кількості викликів на періодичні огляди, кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», числа відпущених процедур

фізіотерапевтичного кабінету та ЛФК кабінету. За період дослідження зменшення кількості операцій проведених в амбулаторно-поліклінічному відділенні становить 176 операцій, тобто зниження на 4,22%. Протягом 2021-2023 років зростає кількість клініко-діагностичних, рентген-діагностичних досліджень, кількість досліджень кабінету ультразвукової діагностики.

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

Для забезпечення якісної діяльності та розвитку КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» залучає додаткові кошти з різних джерел, зокрема у 2023 році використовувались такі джерела коштів: медична субвенція, районний бюджет, спеціальний фонд, благодійна допомога, дотації. Щороку відбувається оновлення медичного обладнання, проводиться поточний та капітальний ремонт корпусів лікарні.

Результати SWOT-аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» показали, що основними завданнями та заходами розвитку КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» на 2025 рік мають бути: забезпечення належного рівня матеріально-технічної бази закладу та покращення умов для якісного надання медичних послуг (а саме: визначити методику та організувати процес проведення внутрішнього аудиту для контролю якості медичної допомоги; розширити спектр клінічних індикаторів оцінки якості медичної допомоги; розпочати підготовчу роботу щодо створення системи менеджменту якості відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO серії 9000).

Встановлено, що формування сукупності складових у системі управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ створює основу можливих напрямків покращення якості медичного обслуговування КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня».

У роботі наведені результати побудови системи основних факторів

забезпечення якості медичної допомоги КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» за допомогою діаграми Ісікави.

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

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

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

практиці. Для реалізації запропонованої системи оцінки якості роботи КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» необхідно створити групу експертів (можливо це будуть завідувачі відділень, провідні фахівці) для формування переліку індикаторів та їх обрахунку. Користуючись світовими напрацюваннями у цій сфері, пропонуємо перелік та характеристику деяких базових клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня».

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

Відповідно до вимог Наказу МОЗ України зміни критеріїв для державної акредитації закладів охорони здоров'я, для отримання вищої категорії в лікувальному закладі повинна бути впроваджена і сертифікована система управління якістю за стандартом ДСТУ ISO 9001:2015. Наступний важливий момент, який потрібно враховувати, це те, що в більшості випадків отримання сертифікату ISO 9001:2015 не є самоціллю: це лише проміжний етап, необхідний для успішного проведення інших юридичних процедур. Мова йде не тільки про отримання вищої акредитаційної категорії, але й про оформлення участі у тендерах, видачу медичних документів для міжнародного використання та багато іншого.

Таким чином, впровадження стандартів ISO 9001:2015 в будь-якому разі дозволяє вирішити низку завдань для КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»:

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

нові;

– підвищити кваліфікацію персоналу;

– ефективніше розподілити повноваження та зони відповідальності співробітників;

– провести аналіз всіх поточних процесів й усунути недоліки.

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

Діагностування діючої в організації системи якості, навіть якщо вона належним чином не документована, являє собою попередній аналіз системи управління якістю й оцінку ступеня її відповідності вимогам ДСТУ ISO 9001. Діагностування системи управління якістю КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» показало, що мають бути зміни, пов’язані з організаційною структурою. У роботі доведено, що доцільно ввести представника керівництва з якості, а також вимагає перегляду нечітко визначений розподіл функцій головного лікаря і медичної ради в напрямку їх сумісної діяльності, у першу чергу, з вирішення стратегічних завдань. Рекомендації щодо змін в системі управління КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня».

Досягнення стратегічних цілей по задоволенню вимог усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін можливе за умови відповідної цілеспрямованої послідовної діяльності, забезпечення процесів необхідними ресурсами та призначення відповідальних осіб на тактичному та оперативному рівнях управління системою. Такий підхід відповідає Концепції управління якістю медичної допомоги в Україні щодо застосування процесного підходу, тобто систематичного визначення процесів, їх взаємодії, а також управління ними. У роботі для КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ідентифіковані види діяльності з урахуванням визначених цілей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Розвиток механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Сер. : Державне управління*. 2010. № 4. С. 38-43.

2. Августин Р.Р., Демків І.О Управлінські інновації як чинник підвищення конкурентоспроможності підприємств. *Ефективна економіка.* 2020. № 4. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/4_2020/16.pdf

3. Августин Р.Р. Пріоритети державної політики детінізації національного господарства України на сучасному етапі розвитку. *Проблеми економіки*, 2016, 4: С. 35-40.

4. Августин Р.Р. Електронне врядування як інформаційна база забезпечення взаємодії влади і бізнесу. Збірник матеріалів доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю «Влада і бізнес: актуальні проблеми партнерства». Тернопіль, 2023, С. 104-107.

5. Богомаз В.М. Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування . Український медичний часопис . № 1 (51). I/II 2016. С. 104-109.

6. Галковська Т. Приватна медицина починає і чи виграє. Цензор.нет. URL:https://censor.net.ua/ua/resonance/3079695/pryvatna_medytsyna_pochynaye_i_chy_vy graye.

7. Гапонова Е.О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі URL: http://international-relations- tourism.karazin.ua/ themes/irtb/resources.

8. Гладун З. В. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : Монографія. Тернопіль. "Економічна думка". 2015. 460 с.

9. Горачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги URL: http://nmapo.edu.ua/zagruzka/DrAr/DrGorahuk.pdf.

10. Горачук В.В., Гойда Н.Г. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я

URL: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf.

11. Грабовський В.А., Клименко П.М.. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я URL: http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2014/10/2014-10-20.pdf.

12. Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта у Європі, ВООЗ; 1994 р. URL: ttp://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml.

13. Державна служба статистики України. URL: http://www.ukrstat.gov.ua.

14. Дєгтяр А.О. Державно-управлінські рішення: інформаційно-аналітичне та організаційне забезпечення: моногр. Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ „Магістр", 2013. 224с.

15. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. К. : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю.П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. 2011. 692с.

16. Етичний кодекс лікаря URL: ttp://meduniv.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=197&Ite.

17. Жаліло Л. Охорона громадського здоров'я як соціальна інституція. *Вісн. УАДУ.* 2013. № 2. С.72-77.

18. Здреник В. Моделі охорони здоров'я: зарубіжний досвід і українські перспективи. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 12-13 грудня 2018 р. Тернопіль - Кам'янець-Подільський. ТНЕУ,* 2018. 346 с.

19. КВЕД. URL: https://kved.biz.ua.

20. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2025 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2020 № 454.

21. Лехан В.М., Слабкий. Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/11795.

22. Механізми та функціонально-структурні інструменти забезпечення конкурентоспроможності національної економіки в умовах сучасних загроз економічної безпеки : монографія / за ред. д.е.н., проф. Васильціва Т. Г., д.е.н., доц.

Лупака Р. Л. Львів : Видавництво ННВК «АТБ», 2019. 552 с.

23. Мельник А., Мельник Ю. Національний та регіональні ринки послуг України: чи наближаємось ми до Європи? *Журнал європейської економіки.* 2015. Том 14. (№ 4). с. 456-476.

24. Мельник А.Ф., Мельник Ю.В. Трансформація регіональних ринків медичних послуг в умовах інституційних реформ в Україні. *Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту.* Чернівці. ЧТЕІ КНТУ, 2019. Випуск II (74). Економічні науки. С. 28-52.

25. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2002-1.

26. Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/751metodyka.pdf .

27. Методичні рекомендації щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.08.2012. № 637. URL:. http://zakon.rada.gov.ua/laws/

28. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Схвалено робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84 с.

29. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.

30. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

31. Мороз О. Концептуальні засади державного регулювання надання медичних послуг: мат. доп. Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з

міжнародною участю *«Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки». (Частина 2), м. Тернопіль, 15 травня. 2020 р. Тернопіль*, 2020. С. 335-337.

32. Мороз О. Сутність та класифікація медичних послуг: мат. доп. V Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю *«Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, ЗУНУ, 2020)*. С. 136-139.

33. Надюк З. О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України : дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління : 25.00.02 К., 2006. 180 с.

34. Науковий менеджмент в медицині URL: http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment/naukovyj-enedzhment-v-medytsyni.

35. Нормативні документи, які регулюють різні сфери надання послуг. URL: http://zakon.nau.ua/search/?word=%EF%EE%F1%EB%F3%E3%E8.

36. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України зі змінами від 30.03.2020. № 540-IX. RL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280112.

37. Офіційний сайт КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» URL: http://www.trtmo.te.ua/

38. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України https://moz.gov.ua/pro-ministerstvo.

39. Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. URL: irbis-nbuv.gov.ua/cgi- bin/irbis/cgiirbis_64.exe.

40. Попович Т. Механізм підвищення якості системи управління закладом охорони здоров'я в умовах його автономізації. Зб. доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Тернопіль. ТНЕУ. С.260-263.

41. Попович Т.М. Управління якістю : навч. посібник. Тернопіль, КРОК, 2013. 320 с.

42. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування

населення у 2020 році. Постанова КМУ від 05.02. 2020 р. № 65. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#n21

43. Посібник з управління лікарнею для керівників лікарень URL: http://www.moz.gov.ua.

44. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 590. URL: https://egolovlikar.mcfr.ua/npd-doc?npmid=94&npid=55256.

45. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.17 р. № 2002-VIII: URL:https://uteka.ua/ua/publication/news-14- novosti-zakonodatelstva.

46. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України зі змінами від 04.03.2020 р. № 524-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19

47. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2021 № 743.

48. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2012 р., № 955 Стоматолог. 2012. № 8(52). С. 8-9.

49. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012р. №75. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/ show/z1996-12.

50. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 зі змінами від 26.09.2018 № 1752. URL: https://egolovlikar.mcfr.ua/npd-doc?npmid=94&npid=46156&anchor.

51. Пушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні. *Маркетинг в Україні*. 2013. № 3. С. 28–32.

52. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров’я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. К.: Видавництво УАДУ, 2010. 360 с.
53. Реєстр медико-технологічних документів (Станом на 19.11.2019р.). URL: https://dec.gov.ua/mtd/home/
54. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю: Проект ЄС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні". Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 44 с.
55. Самофал М.М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг URL: http://www.vru.gov.ua/content/article/visnik13_13.pdf
56. Системи управління якістю. Вимоги ISO 9001:2015.
57. Токарчук О., Августин Р. Автоматизація системи управління медичною інформацією в закладах охорони здоров’я. 2020. С.270-271
58. Тітов Г.І. Удосконалення якості медичної допомоги як складова підвищення ефективності діяльності медичних закладів. Запоріз. мед.журнал. 2015. № 6 (33).С. 65-68.
59. Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров’я України (методичні рекомендації). Київ. 2018. URL: https://dec.gov.ua/mtd/home/.
60. Устинов Л.В. Розширено перелік платних медичних послуг в Україні. Український медичний часопис в Україні. 2016 URL: http://www.umj.perelik-platnih-medicnih-poslug.
61. Устінов О.В. Стандарт надання адміністративної послуги з ліцензування медичної практики URL: http://www.umj.com.ua/article/14530.
62. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти *Часопис Київського ун-ту права* 2018. № 2. URL: kul.kiev.ua /images/chasop/2010_2/213.pdf
63. Шипко А. Модернізація функцій суб’єктів управління охороною здоров’я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі. *Державне управління та місцеве самоврядування : збірник наук. праць.* Д. : ДРІДУ НАДУ, 2009. Вип. 3 (3).

С. 254-261.

64. Шкробанець І. Розробка моделіоцінювання наукового супроводу прийняття управлінського рішення у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. *Вісн. НАДУ*. 2017. № 4. С. 232-238.

65. Шомнікова А.В. Ринок медичних послуг: проблеми ефективного використання маркетингових досліджень. Наукові праці НДФІ. К.: НДФІ, 2009. № 2. С. 131-136.

66. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України 2017 р. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України» К.: МВЦ «Медінфоред, 2018. 458 с.

67. Avhustyn R. Priorytety ta mekhanizmy systemnoyi detinizatsiyi ekonomiky Ukrayiny [Priorities and mechanisms of systemic de-shadowing of Ukraine's economy].(Dr. Sci. in Econ. Dissertation, Lviv, Ukraine). 2018.

68. AGREE (Appraisal Guidelines Research and Evaluation/(Опитувальник з Експертизи і Атестації Керівництва) URL: http://www.agreetrust.org/.

69. Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? URL: http://qualitysafety.bmj.com/content/20/Suppl_1/i13.full

70. Davies H. (2005) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. NHS Quality Improvement Scotland 2006: http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/fi les/Davies%20Paper.pdf.

71. R. Avhustyn, I. Demkiv and K. Nataliya, "Modeling the Assessment of the Probability of Shadowing and Spread of Corruption in the Social System and the Sphere of Public Services," *2019 9th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT)*, Ceske Budejovice, Czech Republic, 2019, pp. 388-392, doi: 10.1109/ACITT.2019.8780106.

72. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals — Volume, Mortality and Utilization (2007) Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Health and Human Services, Version 3.1: http://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf