

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І УПРАВЛІННЯ
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ, МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ

Кірієнко Т. А.

ДИПЛОМНА РОБОТА МАГІСТРА

Сєвєродонецьк, 2021

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства освіти і науки,
молоді та спорту України

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. В. ДАЛЯ
(повне найменування вищого навчального закладу)

ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І УПРАВЛІННЯ
(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ, МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ
(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

Пояснювальна записка

до дипломної роботи магістра на тему
(освітньо-кваліфікаційний рівень)

Удосконалення системи управління якістю у комунальних
зкладах охорони здоров'я

Виконав: здобувач(ка) гр. ПУ-20бзм
напряму підготовки (спеціальності)
281 Публічне управління та
адміністрування
(шифр і назва напряму підготовки, спеціальності)

Кірієнко Т. А.
(прізвище та ініціали) (підпис)

Керівник Христенко Л.М.
(прізвище та ініціали) (підпис)

Рецензент _____
(прізвище та ініціали)

Зав. кафедри публічного управління,
менеджменту та маркетингу

Хандій О.О.

Сєвєродонецьк, 2021

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства освіти і науки,
молоді та спорту України

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. В.ДАЛЯ
(повне найменування вищого навчального закладу)

Інститут, факультет, відділення факультет економіки і управління
Кафедра, циклова комісія кафедра публічного управління, менеджменту та маркетингу
Освітньо-кваліфікаційний рівень магістр
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
(шифр і назва)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри публічного
управління, менеджменту та маркетингу
д.е.н., проф. Хандій О.О.
2021 року

**ЗАВДАННЯ
НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ МАГІСТРА**

Кірієнко Тетяна Анатоліївна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Тема роботи Удосконалення системи управління якістю у комунальних
закладах охорони здоров'я

керівник роботи Христенко Лариса Миколаївна, к.е.н., доц.
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від «05» жовтня 2021 р. №144/14.01

2. Строк подання студентом роботи 09.12.2021 р.

3. Вихідні дані до роботи наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених у сфері
управління якістю послуг з медичної допомоги; данні звіту з магістерського стажу-
вання за матеріалами діяльності КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)
Дослідження теоретичних основ у сфері управління якістю у комунальних закладах
охорони здоров'я; характеристика, дослідження результатів діяльності та стану
управління КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради; пропозиції по вдосконаленню
системи управління якістю у комунальних закладах охорони здоров'я

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
Опис принципів пацієнторієнтованості у сфері охорони здоров'я; схема моделі
збалансованого оптимального трикутника дій «послуга – постачальник – замовник»;
схема операційної системи медичного закладу; система основних і допоміжних
процесів медичного закладу; концептуальна схема системи управління якістю у
медичному закладі; класифікація індикаторів якості; структура управління КНП
«КДЦ» Северодонецької міської ради; схема удосконаленої системи управління
якістю у комунальних закладах охорони здоров'я; пропонований варіант «Політика
у сфері управління якістю медичної допомоги»; пропозиції по запровадженню
організаційно-методичного забезпечення у реалізації окремих аспектів політики
управління якістю у закладі охорони здоров'я

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Затвердження та надання теми роботи	жовтень 2021 р.	
2	Обґрунтування актуальності теми роботи	жовтень 2021 р.	
3	Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	жовтень 2021 р.	
4	Надання матеріалів по першому розділу роботи	жовтень 2021 р.	
5	Збір інформації для написання другого розділу роботи	листопад 2021 р.	
6	Надання матеріалів по другому розділу роботи	листопад 2021 р.	
7	Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	листопад 2021 р.	
8	Надання матеріалів по третьому розділу роботи	грудень 2021 р.	
9	Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	грудень 2021 р.	
10	Підготовка доповіді до захисту роботи	грудень 2021 р.	

Студент

_____ Кірієнко Т.А.
 (підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи

_____ Христенко Л.М.
 (підпис) (прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Текст стор. 112, табл. 15, рис. 21

Якість, якість медичної послуги, клінічна якість, сервісна якість, управління якістю, система управління якістю, медичний заклад, операційна діяльність медичного закладу, процесний підхід в управлінні якістю, політика управління якістю послуг з медичної допомоги, внутрішня стандартизація.

У дипломній роботі магістра досліджена сутність й особливості функціонування операційної системи медичних закладів у сучасних реформованих умовах зміненої парадигми надання послуг з охорони здоров'я; вивчено поняття якості у системі охорони здоров'я та основ системного управління якістю у медичних закладах; надана загальна характеристика та проведений аналіз результатів діяльності Комунального некомерційного підприємства «Консультивно-діагностичний центр» Сєвєродонецької міської ради; здійснена діагностика системи управління, стану дотримання якості надаваних послуг та управління якістю на досліджуваному підприємстві; виділені основні кроки побудови ефективної системи управління якістю у закладах охорони здоров'я; сформована удосконалена модель системи управління якістю медичної допомоги та політика у сфері управління якістю медичної допомоги у комунальному закладі охорони здоров'я; вироблені пропозиції по запровадженню організаційно-методичного забезпечення у реалізації окремих аспектів політики управління якістю у закладі охорони здоров'я.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕОРЕТИЧНИХ ОСНОВ У СФЕРІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Особливості функціонування операційної системи медичних закладів в умовах зміненої парадигми надання послуг з охорони здоров'я	8
1.2. Поняття якості у системі охорони здоров'я та основи системного управління якістю у медичних закладах	19
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	32
РОЗДІЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА, ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДІЯЛЬНОСТІ ТА СТАНУ УПРАВЛІННЯ КНП «КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР» СЕВЕРОДОНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	35
2.1. Загальна характеристика та аналіз результатів діяльності КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради	35
2.2. Діагностика системи управління КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради	48
2.3. Діагностика дотримання якості надаваних послуг та управління якістю на КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради	59
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	66
РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ПО ВДОСКОНАЛЕННЮ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	69
3.1. Виділення основних кроків побудови ефективної системи управління якістю у закладах охорони здоров'я	69
3.2. Зміна моделі системи управління якістю медичної допомоги у комунальному закладі охорони здоров'я та формування політики цієї сфери	78
3.3. Пропозиції по запровадженню організаційно-методичного забезпечення у реалізації окремих аспектів політики управління якістю у закладі охорони здоров'я	88
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	97
ВИСНОВКИ	100
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	107

ВСТУП

Серед цінностей, покладених в основу охорони здоров'я і задекларованих Уставом ВООЗ, Європейською соціальною хартією країн-членів Ради Європи, Декларацією тисячоліття ООН, положеннями європейської політики «Здоров'я-2020», поряд з доступністю, соціальною справедливістю і солідарністю, визначено максимально високу якість медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта та чутливої до його індивідуальних потреб [5].

Відповідно до міжнародних підходів, Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні якість послуг з медичної допомоги визначена основною цільовою функцією і водночас критерієм ефективності системи охорони здоров'я. Однак, незважаючи на активну діяльність з удосконалення нормативно-правового регулювання і розробки механізмів забезпечення якості – ліцензування медичної практики, акредитації закладів охорони здоров'я, сертифікації спеціалістів, – реалізація завдань в сфері менеджменту якості медичної допомоги залишається актуальною проблемою.

Теоретичні, методичні й практичні дослідження у сфері управління якістю медичної допомоги і медичних послуг у галузі охорони здоров'я досліджуються у працях різних авторів, як то Ю. Вороненко, З. Гладун, В. Гойда, В. Горачук, Л. Жаліло, Д. Карамішев, Н. Кривокульська, Ж. Крисько, В. Лехан, В. Лозова, Н. Мачуга, А. Нагорна, Т. Попович, В. Рудий, М. Шкільняк та інші автори. Проте за сучасних умов реформування галузі охорони здоров'я питання управління якістю надання медичних послуг закладами охорони здоров'я вимагають більш детального, цілісного і критичного дослідження концептуалізації підходів до управління якістю медичних послуг цими закладами. Це сприятиме ефективнішому функціонуванню закладів охорони здоров'я, дієвішому управлінню якістю медичних послуг таких закладів, утвердженню їх на ринку як конкурентоздатних суб'єктів.

Актуальність дослідження посилюється реальними кроками України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах суспільної діяльності. Зокрема, стандарти на системи уп-

равління якістю встановлюють вимоги і рекомендації до управлінських процесів як складової загальної системи управління підприємством і мають позитивний досвід використання в системах охорони здоров'я розвинених країн світу [5, 50].

З метою розв'язання поставлених завдань в дипломній роботі використовувалися загальнонаукові та спеціальні методи наукового дослідження. Зокрема, застосовувалися методи системного аналізу; факторного аналізу; логічного узагальнення; статистичних методів контролю якості; соціологічного опитування (для виявлення думки споживачів послуг та їх врахування в практику організації надання послуг); графічні методи.

Об'єктом дипломної роботи виступає операційна система медичних закладів та її особливості у змінній в наслідок реформи парадигмі надання послуг з охорони здоров'я. Предметом роботи виступає категорія якості послуг з надання медичної допомоги та особливості системного управління цим об'єктом у медичних закладах. Метою дипломною роботи є формування пропозицій по вдосконаленню системи управління якістю у комунальних закладах охорони здоров'я. Інформаційною базою для практичного дослідження виступило Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради. Для досягнення мети у дипломній роботі виконані такі завдання: досліджена сутність й особливості функціонування операційної системи медичних закладів у сучасних реформованих умовах зміненої парадигми надання послуг з охорони здоров'я; вивчено поняття якості у системі охорони здоров'я та основ системного управління якістю у медичних закладах; надана загальна характеристика та проведений аналіз результатів діяльності КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради; здійснена діагностика системи управління, стану дотримання якості надаваних послуг та управління якістю на досліджуваному підприємстві; виділені основні кроки побудови ефективної системи управління якістю у закладах охорони здоров'я; сформована удосконалена модель системи управління якістю медичної допомоги та політика у сфері управління якістю медичної допомоги у комунальному закладі охорони здоров'я; вироблені пропозиції по запровадженню організаційно-методичного забезпечення у реалізації окремих аспектів політики управління якістю у закладі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕОРЕТИЧНИХ ОСНОВ У СФЕРІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Особливості функціонування операційної системи медичних закладів в умовах зміненої парадигми надання послуг з охорони здоров'я

Реформування медичного сектору є досить складним процесом, оскільки лікарняні заклади залишаються досить консервативним елементом системи охорони здоров'я, попри нові виклики і зміни в самих системах. Операційна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендогенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації, до яких слід віднести: використання нових моделей управління; нових методів оплати медичних послуг, посилення контролю за їх роботою; вдосконалення форм планування та організації діяльності медичних установ; професіоналізацію кадрового забезпечення медичних закладів; інноватизацію інформаційно-аналітичного забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health); диференціацію джерел фінансового забезпечення надання медичних послуг; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг, здійснення аудиту якості медичної допомоги й постійного моніторингу конкурентоспроможності медичних послуг [24].

Світ якісних продуктів та клієнто-орієнтованих сервісів, яким ми знаємо його сьогодні, не завжди був таким. В XIX та XX столітті попит товарів та послуг настільки перевищував пропозицію, що компаніям було достатньо просто створити новий продукт, а клієнт завжди знаходився. З появою інтернету і з поступовим насиченням ринку у споживачів з'явився вибір, і господарчим суб'єктам стало недостатньо запропонувати свій продукт (товар або послугу) середньої якості. Тепер він завжди конкурує в очах споживачів з іншими альтернативами. Аналогічна зміна парадигми відбувалась і в медичній сфері. Тільки продуктом системи охорони здоров'я є медична послуга. У цієї послуги є свій

ринок, зі своїми учасниками. І цей ринок є дуже конкурентним у світі. В Україні ця зміна була запущена під час реформи системи охорони здоров'я в 2018 році, коли став реалізовуватися пацієнтоорієнтований принцип, лозунг якого наголошує «гроші йдуть за пацієнтом» [17].

Вперше пацієнторієнтовану (пацієнт-центровану) модель надання медичної допомоги було описано Інститутом Пікера у 80-х роках XX століття на основі зібраних даних аналізу численних фокус-груп і телефонних інтерв'ю з пацієнтами та їхніми родинами щодо їхнього досвіду отримання медичних послуг. Тож в основу моделі лягло бачення пацієнтами та їхніми родинами того, як має виглядати система обслуговування (догляду), щоб відповідати очікуванням та потребам (як фізичним, так і психологічним) [17].

Ключовими концептами пацієнторієнтованості є: співпраця, залученість, обін інформацією, гідність і повага. До принципів пацієнторієнтованості віднесено: 1) повага до цінностей і переконань пацієнта; 2) координація та інтеграція догляду; 3) інформація, комунікація, навчання; 4) фізичний комфорт, зменшення болю; 5) емоційна підтримка, зменшення страху; 6) залучення сім'ї та друзів; 7) безперервність та наступність догляду; 8) своєчасний і без бар'єрний доступ.

На рис. 1.1. та у табл. 1.1. подано узагальнений опис принципів пацієнторієнтованості та деякі приклади реалізації цих принципів, узагальнені із заходів, які зазначали команди медичних закладів у своїх планах змін.



Рис. 1.1. Принципів пацієнторієнтованості у сфері охорони здоров'я [17]

Опис принципів пацієнторієнтованості [17]

Принцип	Опис принципу
Повага до цінностей і переконань пацієнта	Залучення пацієнтів до прийняття рішень, визнання того, що це особи, які мають свої унікальні цінності та переконання. Ставлення до пацієнтів із повагою та чуйністю до його культурних цінностей та автономії
Координація та інтеграція догляду	Правильна координація догляду може полегшити ці неприємні відчуття. Три ключові сфери: 1) координація клінічної допомоги; 2) координація зі службами соціальної допомоги; 3) координація безпосереднього догляду за пацієнтами
Інформація, комунікація, навчання	Для зменшення цього занепокоєності пацієнтів про недостаню поінформованість необхідно зосередитися на трьох видах комунікації: 1) інформування про клінічний стан пацієнта, прогрес захворювання/ одужання і прогноз; 2) інформування про процеси лікування/допомоги; 3) інформування для збільшення самостійності, самодопомоги та зміцнення здоров'я.
Фізичний комфорт, зменшення болю	Рівень фізичного комфорту має важливе значення для пацієнтів. Вони визначили три сфери як особливо важливі: управління болем; допомога в повсякденній діяльності й забезпеченні щоденних життєвих потреб; медичний захід і його атмосфера.
Емоційна підтримка, зменшення страху	Страх і тривожність, пов'язані з хворобою, можуть бути такими ж виснажливими, як і її фізичні наслідки. Медичні працівники повинні звертати особливу увагу на: 1) тривогу пацієнтів щодо їхнього фізичного стану, лікування та прогнозу; 2) занепокоєння пацієнта щодо впливу хвороби на нього і його сім'ю; 3) занепокоєння фінансовим наслідком хвороби та її лікування.
Залучення сім'ї та друзів	Стосується ролі сім'ї та друзів у досвіді пацієнта. В контексті сім'ї догляд за пацієнтом було визначено так: 1) надання житла для сім'ї та друзів у разі госпіталізації пацієнта; 2) залучення сім'ї та близьких до прийняття рішень; 3) підтримка членів сім'ї як доглядачів; 4) визначення потреб сім'ї та друзів.
Безперервність та наступність догляду;	Для задоволення потреб пацієнтів у цій сфері потрібні: 1) зрозуміла, детальна інформація щодо ліків, фізичних обмежень, дієтичних потреб тощо; 2) координація і планування поточного лікування та послуг після виписки зі стаціонару; 3) надання на постійній основі інформації про доступ до клінічної, соціальної, фізичної та фінансової підтримки.
Своєчасний і безбар'єрний доступ	Пацієнти повинні знати, що вони можуть отримати доступ до допомоги, коли це необхідно. Це охоплює: 1) безперешкодний доступ до місця розташування медичних закладів; 2) наявність транспорту; 3) спрощення планування візитів; 4) спрощення запису на прийом; 5) доступність направлень до спеціалістів або спеціалізованих служб; 6) чіткі інструкції щодо отримання допомоги за направленням

Тож, принципи пацієнторієнтованості ставлять пацієнтів та їхні сім'ї на їхнє законне – центральне – місце в системі охорони здоров'я і трансформують відносини персоналу з пацієнтами в партнерські. Тобто не система та інфраструктура, а саме пацієнт – у центрі уваги та в пріоритеті. Пацієнторієнтованість у медичному закладі – це нова культура спілкування з клієнтом, орієнтація на його потреби та готовність змінюватися для того, щоб відповідати цим потребам. І такі зусилля принесуть свої плоди у вигляді вдячності та лояльності

пацієнтів, задоволеності персоналу своєю роботою та, як наслідок, процвітання вашого закладу [17].

Тож, у сучасних умовах, коли у користувачів медичних послуг з'явився вибір, і для того, щоб привернути їхню увагу та закріпити співпрацю на довгострокову перспективу, медичним закладам треба запропонувати кращий рівень якості медичних послуг, ніж у конкурентів. Цьому допоможе запровадження пацієнтоорієнтованої моделі надання медичних послуг закладом.

Модернізація системи управління в сфері охорони здоров'я передбачає впровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження взаємин між медичними працівниками (надавачами послуг) й пацієнтами (споживачами послуг), їх документальне оформлення (проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення корегувань в процес гарантування безпеки пацієнтів). Така комунікація повинна ґрунтуватись на моделі збалансованого, оптимального трикутника дій «послуга – постачальник – замовник», яка працює у передових країнах світу [24] (рис. 1.2).

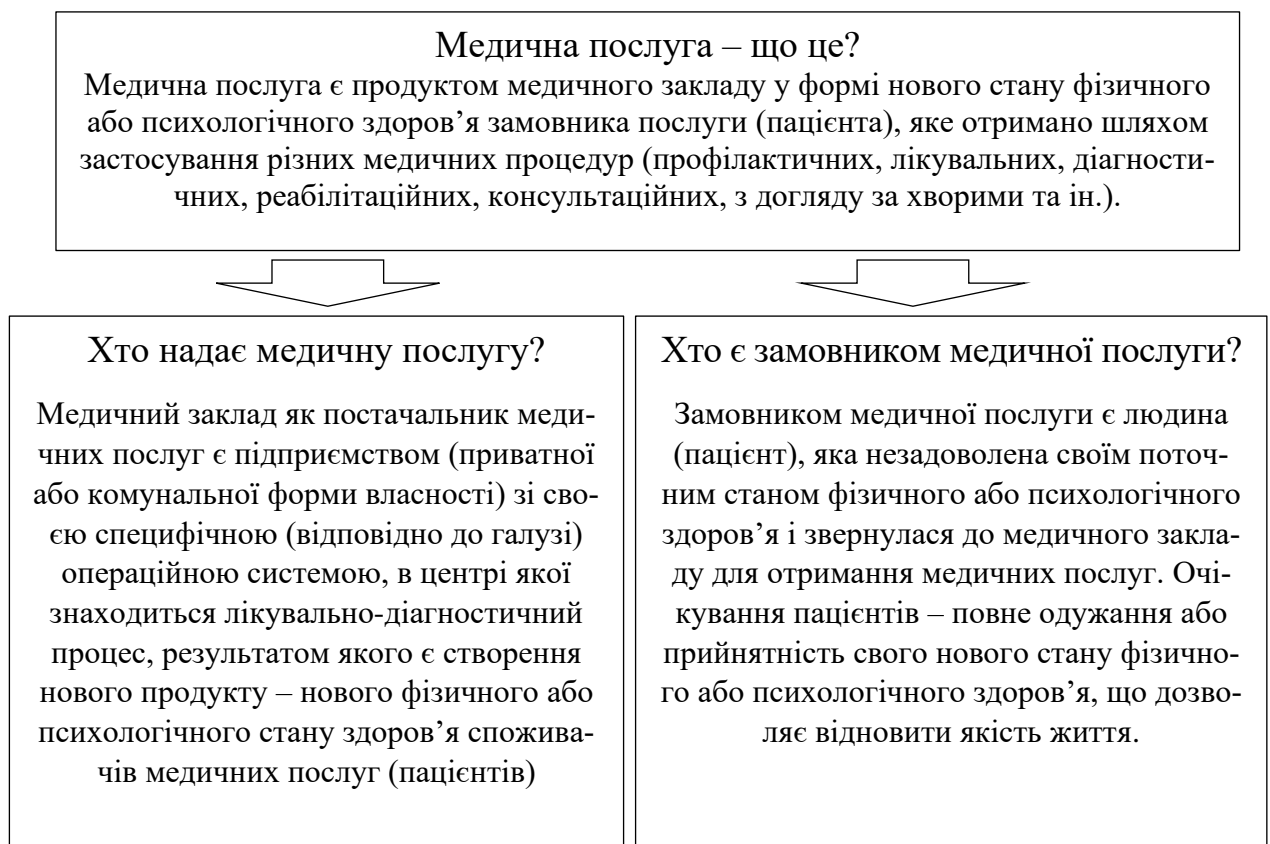


Рис. 1.2. Схема моделі збалансованого оптимального трикутника дій «послуга – постачальник – замовник»

Перш за все, медична послуга є продуктом медичного закладу у формі нового стану фізичного або психологічного здоров'я замовника послуги (пацієнта), яке отримано шляхом застосування різних медичних процедур (профілактичних, лікувальних, діагностичних, реабілітаційних, консультаційних, з догляду за хворими та ін.). Медичні послуги надає медичний заклад.

Медичний заклад як постачальник медичних послуг є підприємством (приватної або комунальної форми власності) зі своєю специфічною (відповідно до галузі) операційною системою, в центрі якої знаходиться процес створення нового продукту – нового фізичного або психологічного стану здоров'я споживачів медичних послуг (пацієнтів). Головною умовою ефективного функціонування операційної системи медичного закладу є задоволеність користувачів медичними послугами (пацієнтами) своїм набутим новим станом, який на пряму залежить від якості надаваних послуг.

Замовником медичної послуги є людина (пацієнт), яка незадоволена своїм поточним станом фізичного або психологічного здоров'я і яка звернулася до медичного закладу для отримання медичних послуг. Має важливе значення очікування пацієнтів від отримання медичних послуг – повне одужання або прийнятність свого нового стану фізичного або психологічного здоров'я, що дозволяє відновити якість життя людини.

Із запровадженням страхової медицини і появою великої кількості приватних медичних закладів виникла конкуренція на ринку медичних послуг та відповідно зросла увага до їхньої якості. Досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів – одне з найважливіших завдань менеджменту закладів охорони здоров'я, реалізація якого можлива на засадах інноватизації управлінських технологій та їх впровадження у функціональну діяльність медичних установ [24, 59].

Основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є: медична ефективність, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг; адміністративна ефективність, передусім ефективність адміністративного, фінансового, кадрового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні установою, її підрозділами, ресурсами; економічна ефективність –

надавати медичну допомогу таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути марних витрат; безпечність – надання медичної допомоги, яка мінімізує ризики завдати шкоду пацієнтам, у тому числі пошкоджень, яким можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок; результативність – досягнення найкращих результатів через надання послуг на основі наукових знань та принципів доказової медицини; своєчасність – скорочувати час очікування та затримки як для тих, хто надає, так і для тих, хто отримує медичну допомогу; забезпечувати рівність – надання медичної допомоги, яка не відрізняється за якістю відповідно до особистих характеристик: стать, раса, національність, місце проживання або соціально-економічний статус; пацієнтоорієнтованість – надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних цінностей, вподобань і очікувань пацієнтів та культури їх громади [14, 24].

Тепер перемагають медичні організації, пацієнти яких залишаються з ними довше і користуються їхніми послугами постійно завдяки задоволеності рівнем якості медичної допомоги та медичних послуг. Тобто на тлі медичної реформи сучасна оновлена формула довгострокових відносин між медичними закладами і споживачами їхніх послуг – пацієнтами, ґрунтується на двох значимих складових, по-перше, це самі відвідувачі (пацієнти) медичного закладу; по-друге, це якість надаваного продукту у формі послуг з медичної допомоги, яка проявляється через задоволеність клієнтів такими послугами [17].



Рис. 1.3. Місце і значення якості продукту у системі довгострокових відносин «медичний заклад – споживач послуг з медичної допомоги»

Діяльність медичного закладу ґрунтується особливості його операційного процесу в ході якого створюється нова цінність (готовий продукт) за допомогою реалізації операційної функції (послуг з надання медичної допомоги). Такий процес вказує на перебіг подій (послідовність кроків), які треба зробити, щоб

отримувати потрібний результат. Сам по собі процес – це послідовність взаємопов'язаних заходів, які регулярно повторюються (дії, операції, процедури), при виконанні яких використовуються ресурси середовища функціонування суб'єкта, створюється цінність для споживача і надається йому продукт (у даному випадку послуга з медичної допомоги). Усі процеси складаються на підприємстві в операційну систему (рис. 1.4).

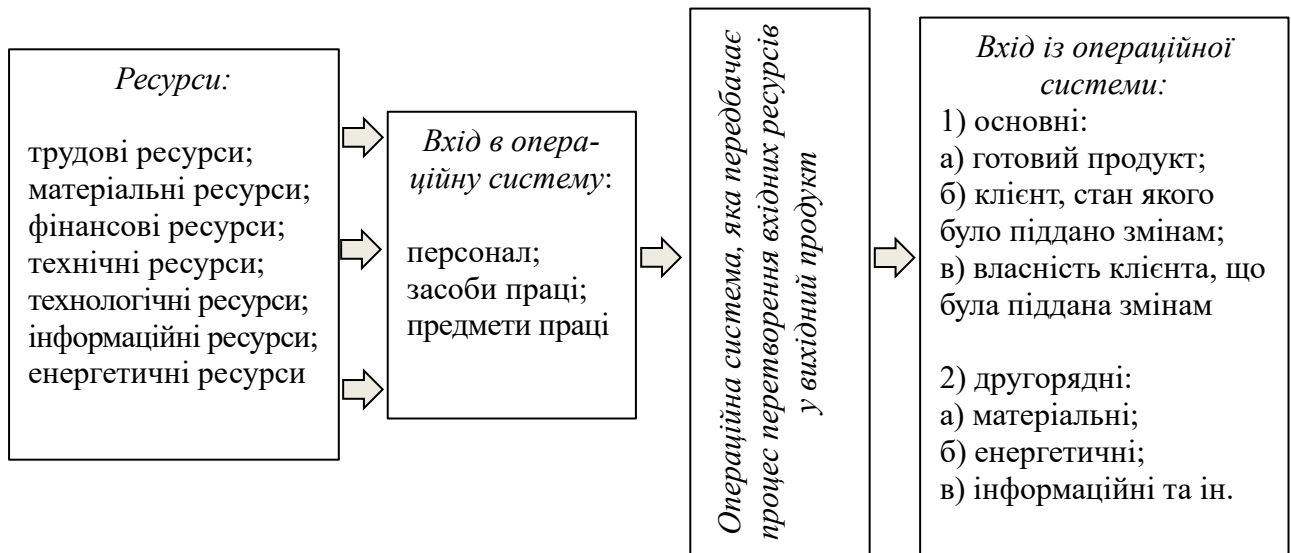


Рис. 1.4. Схема операційної системи медичного закладу

У медичному закладі можуть одночасно функціонувати кілька операційних систем, які при цьому можуть істотно відрізнятися одна від іншої. Приклад операційної системи «медичний заклад» наведено у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Приклад елементів операційної системи «медичний заклад»

Система	Основний «вхід»	Ресурси	Операційна функція	Типовий очікуваний «вихід»
Медичний заклад	Пацієнти	Людські (лікарі, медичні сестри); матеріальні (медикаменти, устаткування, приміщення, медичний транспорт, лабораторії); інформаційні (медична література); фінансові (грошові надходження від пацієнтів та державні дотації)	Медична допомога (фізіологічне перетворення); обіг грошових коштів (фінансове перетворення); інформаційне перетворення	Здорові люди; знос устаткування; написання нових медичних книжок та статей; заробітна плата персоналу

До того ж, кожна система має свій набір процесів, які умовно поділяються на основні і допоміжні (рис. 1.5).

ПРОЦЕСИ ОСНОВНОЇ ОПЕРАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ

1) Процеси, пов'язані з наданням амбулаторної медичної допомоги в консультативній поліклініці:

- реєстрація пацієнтів і запис на прийом;
- процеси пов'язані з діяльністю консультативної поліклініки.

2) Процеси, пов'язані з наданням стаціонарної медичної допомоги при поліклініці чи стаціонарі:

- процеси денного стаціонару при поліклініці;
- процеси денного стаціонару при стаціонарі.

3) Внутрішні процеси стаціонарного відділення:

- процеси, пов'язані з діяльністю приймального відділення;
- облік руху пацієнтів в стаціонарі;
- процеси, пов'язані з діяльністю лікувального відділення;
- процеси, пов'язані з діяльністю реанімаційного відділення;
- процеси, пов'язані з хірургічного відділення;
- процеси надання медикаментозного лікування;
- процеси по наданню швидкої та невідкладної допомоги;
- процеси, пов'язані з діяльністю виїзних бригад.

ПРОЦЕСИ ДОПОМІЖНОЇ ОПЕРАЦІЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ

4) Процеси, пов'язані з параклінічною діяльністю:

- процеси, пов'язані з лікувальною параклінічною діяльністю;
- процеси, пов'язані з консультативною діяльністю лікарів-спеціалістів;
- проведення інструментальної діагностики;
- проведення лабораторних досліджень;
- процеси патологоанатомічної служби

5) Процеси клініко-експертної діяльності:

- процеси, пов'язані з діяльністю лікарських комісій;
- процеси експертизи непрацездатності;
- експертиза якості медичної допомоги

6) Інші допоміжні медичні процеси:

- процеси лікувального харчування;
- проведення реабілітації та відновлювального лікування;
- процеси підрозділу переливання крові;
- процеси центру донорства.

ПРОЦЕСИ, ЩО ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ АДМІНІСТРАТИВНУ ДІЯЛЬНІСТЬ:

- адміністративно-управлінська діяльність (управління діяльністю медичного закладу, діяльність канцелярії, кадровий облік, організаційно-методичні процеси);
- фінансово-економічна діяльність (бухгалтерський облік, планово-економічна діяльність, ведення договорів, взаєморозрахунки з контрагентами, медична статистика, архів, ведення медичної документації)

ПРОЦЕСИ, ЩО ЗАБЕЗПЕЧУЮТЬ ГОСПОДАРСЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ:

- матеріальне забезпечення лікувально-діагностичного процесу (облік прямих матеріальних витрат);
- складський облік (закупівельні процеси, облік лікарських засобів і товарів аптечного асортименту, облік продуктів харчування, облік виробів медичного призначення);
- облік комплексу технічних засобів;
- облік обслуговування медичного обладнання;
- процеси стерилізаційного відділення.

Рис. 1.5. Система основних і допоміжних процесів медичного закладу [37]

Основні процеси – це процеси, які орієнтовані на формування основного продукту (медичної послуги), є цільовими орієнтирами створення медичного закладу і забезпечують його основних дохід. Так, для медичної установи всі основні процеси пов'язані з надання пацієнту якісної медичної допомоги.

Допоміжні процеси пов'язані із формуванням інфраструктури, необхідної для створення умов при виконанні лікувально-діагностичних процедур.

Вирізнення процесів у діяльності медичного закладу дозволяє: по-перше, впорядкувати роботу усіх підрозділів і співробітників зі встановленням цілей, планових результатів кожного процесу на етапах входу, перетворення та виходу продукту (медичної послуги), а також послідовність ключових заходів (дій); по-друге, оптимізувати діяльність медичного закладу за рахунок зниження впливу на його операційну та управлінську діяльність людського чинника.

Виходячи із заявленого якості послуги з медичної допомоги є властивістю цілого комплексу операційних систем (основних і допоміжних) через реалізацію певних процесів, яка зумовлена значною кількістю чинників, серед яких кваліфікація персоналу, оптимальність використання ресурсів медичного закладу, задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою та багато інших. Тож, якщо говорити про якість надаваних послуг, то мова буде йти не лише про якість результатів функціонування операційної системи, а й про якість поточних операційних процесів, які відповідають за формування медичної послуги; якість управління та контролю такими процесами; і навіть якість самої структури (медичного закладу), де надають такі послугу через рівень організації роботи персоналу, кваліфікацію персоналу, відповідність стандартам його матеріально-технічного забезпечення, рівень фінансування, рівень забезпечення медикаментами та ін.

Таким чином, реформування медичного сектору є досить складним процесом, оскільки медичні заклади залишаються досить консервативним елементом системи охорони здоров'я, попри нові виклики і зміни в самих системах. Операційна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендогенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації. Все це вимагає від медичних закладів, які після реформування набули форму кому-

нальних некомерційних підприємств, виходити самостійним учасником на ринок медичних послуг на умовах і за правилами такого ринку. Запорукою успіху на будь-якому ринку є залучення якомога більшої кількості покупців та як на найдовший термін. У сучасних умовах, коли у користувачів медичних послуг з'явився вибір, і для того, щоб привернути їхню увагу та закріпити співпрацю на довгострокову перспективу, медичним закладам треба запропонувати кращий рівень якості послуг з медичної допомоги, ніж у конкурентів. Основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є: медична ефективність у формі задоволення потреби споживачів; адміністративна ефективність у формі ефективного управління установою; економічна ефективність у формі оптимізації використання ресурсів; безпечність надання медичної допомоги; результативність досягнення найкращих результатів; своєчасність надання медичної допомоги; рівність отримання медичної допомоги; пацієнтоорієнтованість. Тож, бути конкурентоспроможними допоможе запровадження пацієнтоорієнтованої моделі надання медичних послуг закладом. Ключовими концептами пацієнторієнтованості є: співпраця, залученість, обмін інформацією, гідність і повага. До принципів пацієнторієнтованості віднесено: 1) повага до цінностей і переконань пацієнта; 2) координація та інтеграція догляду; 3) інформація, комунікація, навчання; 4) фізичний комфорт, зменшення болю; 5) емоційна підтримка, зменшення страху; 6) залучення сім'ї та друзів; 7) безперервність та наступність догляду; 8) своєчасний і без бар'єрний доступ. Пацієнтоорієнтований підхід в організації операційної діяльності ставить пацієнтів та їхні сім'ї на їхнє законне – центральне – місце в системі охорони здоров'я і трансформують відносини персоналу з пацієнтами в партнерські. Модернізація системи управління в сфері охорони здоров'я передбачає впровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження взаємин між медичними працівниками (надавачами послуг) й пацієнтами (споживачами послуг), їх документальне оформлення (проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення корегувань в процес гарантування безпеки пацієнтів). Така комунікація повинна ґрунтуватись на моделі збалансованого, оптимального трикутника операційних дій «послуга – постачальник – замовник», яка працює у передових країнах світу. Складність питання по забезпечення якості надаваних послуг полягає у

особливості операційного процесу в ході якого створюється нова цінність готовий продукт за допомогою реалізації операційної функції. Такий процес вказує на послідовність кроків, які треба зробити, щоб отримувати потрібний результат. Увесь комплекс процесів у медичному закладі складається в операційну систему, головними елементами якої є «вхід» у формі різноманітних ресурсів для забезпечення функціонування медичного закладу, «перетворення» ресурсів на вихідний продукт (процес надання медичних послуг) та «вихід» у формі реально зміненого стану фізичного або психічного здоров'я пацієнтів, або набуття такого емоційного відчуття, яке дозволяє підвищити якість життя. У медичному закладі, як і будь-якому іншому підприємстві, можуть одночасно функціонувати кілька операційних систем, які при цьому можуть істотно відрізнятися одна від іншої. До того ж, кожна система має свій набір процесів, які умовно поділяються на основні і допоміжні. Вирізнення операційних систем і процесів у діяльності медичного закладу дозволяє: по-перше, впорядкувати роботу усіх підрозділів і співробітників зі встановленням цілей, планових результатів кожного процесу на етапах входу, перетворення та виходу продукту (медичної послуги), а також послідовність ключових заходів (дій); по-друге, оптимізувати діяльність медичного закладу за рахунок зниження впливу на його операційну та управлінську діяльність людського чинника. Виходячи із заявленого якості послуги з медичної допомоги є властивістю цілого комплексу операційних систем (основних і допоміжних) через реалізацію певних процесів, яка зумовлена значною кількістю чинників, серед яких кваліфікація персоналу, оптимальність використовувати ресурсів медичного закладу, задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою та багато інших. Тож, якщо говорити про якість надаваних послуг, то мова буде йти не лише про якість результатів функціонування операційної системи, а й про якість поточних операційних процесів, які відповідають за формування медичної послуги; якість управління та контролю такими процесами; і навіть якість самої структури (медичного закладу), де надають такі послугу через рівень організації роботи персоналу, кваліфікацію персоналу, відповідність стандартам його матеріально-технічного забезпечення, рівень фінансування, рівень забезпечення медикаментами та ін.

1.2. Поняття якості у системі охорони здоров'я та основи системного управління якістю у медичних закладах

Адекватна якість медичної допомоги є необхідною умовою досягнення цілей систем охорони здоров'я, що пов'язані зі здоров'ям людей, здатністю системи реагувати на потреби споживачів. ВООЗ визначає якість медичної допомоги як «межі, в яких надаються послуги охорони здоров'я окремим особам та населенню з метою покращення бажаних результатів. Для того щоб досягнути цієї мети, охорона здоров'я повинна бути безпечною, ефективною, вчасною, результативною, рівною та орієнтованою на людину» [57].

Управління якістю продукту (товару або послуги) – це система взаємопов'язаних елементів, які працюють разом для досягнення спільного результату. Поступово, протягом 20-го сторіччя, з розвитком клієнто-центричної моделі, народжувалась новий управлінський напрям – управління якістю продукту, основним фокусом якої стала цінність продукту у формі товару або послуги. Історія зародження та створення управління якістю пройшла 6 основних етапів, розкриття яких представлено у табл. 1.3.

Будь-яка система – це набір складових, які разом мають більший ефект, ніж по окремої (ефект синергії). Інструменти, які представлені у цьому розділі, складають основу системи управління якістю у медичному закладі. Розвиток кожного елементу додасть системі більшої ефективності. Важливо розуміти, що не всі елементи вдасться запровадити одразу та із однаковою успішністю [51].

Національним стандартом ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) – «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я» визначено 11 основних аспектів якості для медичного закладу незалежно від розміру, форм власності та переліку послуг, що надаються: належна правильна допомога, доступність, безперервність, дієвість (результативність обраних методів), ефективність (співвідношення результату і вкладених ресурсів), рівність, використання доказової медицини, пацієнт-орієнтованість (включаючи фізичну, психологічну та соціальну складові життя пацієнта), залученість пацієнта, безпека, часові рамки. Згідно з цим стандартом, метою медичних закладів має бути збільшення задово-

леності споживача послуг через побудову ефективної системи управління якістю, в якій враховано потреби пацієнтів, законодавчі та нормативні вимоги, а також відповідність зазначеним аспектам якості [51].

Таблиця 1.3

Історія зародження та створення управління якістю

Рік	Подія / етап розвитку
1911 р.	Засновником дисципліни «управління якістю» вважають відомого управлінця з Філадельфії Фредеріка Тейлора. Ще в 1911 році Тейлор у своїй книзі «Принципи наукового менеджменту» описав методи замірів часу та пересувань працівників, розповів про вигоду зниження часу процесу, а також згадував стандарти роботи та постійне покращення. У своїй роботі він вперше згадав прототип циклу PDCA (Plan-Do-Check-Act), який став ключовим процесом у сучасному покращенні якості.
1924 р.	Далі значний внесок у розвиток управління якістю зробив американський інженер Уолтер Шухарт. У 1924 році він запропонував метод статистичного контролю якості, а в 1931 році задокументував це у своїй першій книзі – «Економічне управління якістю промислової продукції». Шухарт першим запропонував метод PDCA для статистичного контролю якості.
1944 р.	В 1944 році американський вчений, статистик та консультант з питань управління Едвард Демінг успішно впроваджував метод Шухарта у військовому виробництві США, який допоміг збройним силам значно пришвидшити свої бойові маневри. Демінг зробив значний внесок у популяризацію циклу PDCA.
1960 р.	Після війни Демінг поділився своїми роботами з управлінням якістю з японськими компаніями. Команді «Тойота» дуже сподобались прогресивні ідеї Демінга, і вони успішно запровадили їх у себе на виробництві, вдосконалили на практиці, навчилися мінімізувати втрати цінності у виробництві, внаслідок чого досягли надзвичайної якості своєї продукції. Так народилася виробнича система «Тойота», яка стала основою загального управління якістю.
1970 р.	В 1970-х роках американські автомобільні компанії та виробники електроніки почали втрачати значну частку ринку на користь японських компаній (Toyota, Sony). Останні змогли запропонувати споживачу дуже якісну продукцію за ціною, нижчою ніж у конкурентів. Так народилась теорія загального управління якістю, що детально описала процес, принципи та методи управління якістю на підприємствах для того, щоб повернути американським компаніям втрачені позиції.
1987 р.	В 1987 для популяризації системи покращення якості серед американських компаній був створений стандарт ISO 9000, і тепер отримати цю сертифікацію може будь-яка компанія у світі.

Концептуально ця система схожа на структуру, в основі якого знаходяться певні ролі та принципи, без яких вона буде не стійкою. Зверху знаходиться цінність, як кінцевий продукт роботи всієї системи управління, а трьома елементами, які гуртують структуру, є індикатори, процес та інструменти. Перелік і місцеположення таких компонентів дозволить створити практичну й результативну систему управління якістю в кожному медичному закладі (рис. 1.6).

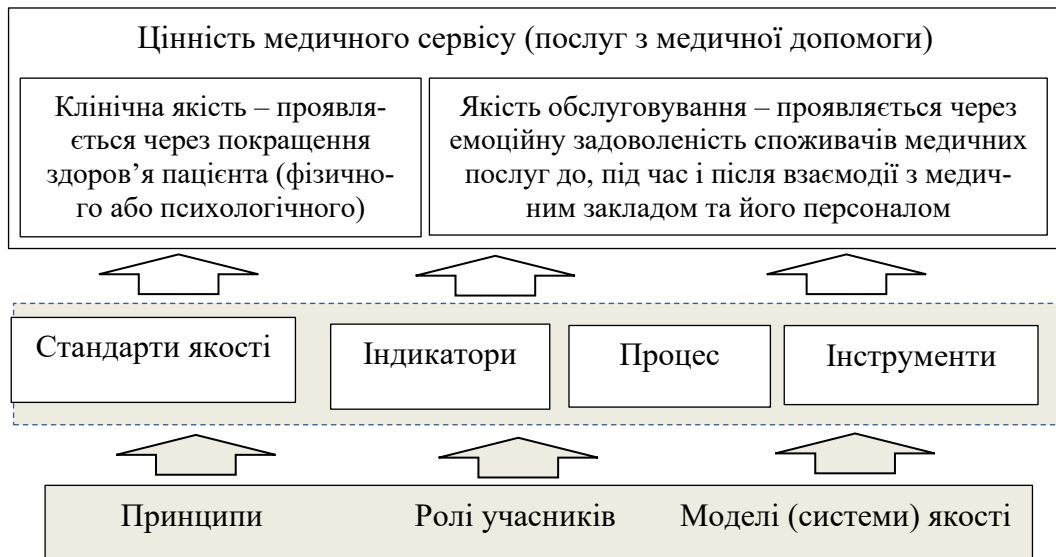


Рис. 1.6. Концептуальна схема системи управління якістю у медичному закладі

Цінність медичного сервісу – це кінцевий продукт у формі послуг з медичної допомоги. Фактично, це різниця фізичного, психологічного, і, навіть, емоційного стану споживача послуг (пацієнта) до та після надання медичних послуг. І чим більше позитивне значення такої різниці, тим більшу цінність отримав пацієнт, тим більшим є його задоволення від отримання медичної послуги. Виділяють два ключових компоненти цінності медичного сервісу: 1) клінічна якість – проявляється через покращення здоров'я пацієнта (фізичного або психологічного); 2) якість обслуговування (сервісна якість) – проявляється через емоційна задоволеність споживачів медичних послуг до, під час і після взаємодії з медичним закладом та його персоналом.

Слід зауважити, що компонент «клінічна якість як здоров'я пацієнтів» має п'ять зацікавлених сторін, як то: самі пацієнти та їхні родичі; роботодавці; медичні заклади; Національна служба здоров'я та Міністерство охорони здоров'я України. Кожна із цих сторін хоча і має узагальнено односпрямовані очікування (інтереси) щодо стану та динаміки клінічної якості (у формі здоров'я пацієнтів) в конкретному медичному закладі, проте такі інтереси все ж мають свої відмінності. Тож під час планування змін у системі управління якістю на рівні медичного закладу необхідно виявити, провести діагностику та врахувати такі відмінності в інтересах окремих заявлених сторін. Досить часто клінічну якість медичної пос-

луги споживачі медичних послуг (пацієнти) для себе асоціюють безпосередньо з професіоналізмом того чи іншого представника медичного персоналу (лікаря або медичної сестри) [17].

Другий елемент цінності це – емоційна задоволеність. Цей компонент дуже довго знаходився поза увагою комунальних медичних закладів в Україні. Водночас він є одним із ключових чинників диференціації медичних закладів в очах пацієнта. У «задоволеності» лише дві ключові зацікавлені сторони, на відміну від чотирьох у «клінічній якості». Це – сам пацієнт та команда медичного закладу. Це означає, що управляти задоволеністю значно легше, а ефект на збільшення тривалості відносин медичного закладу та пацієнта дуже суттєвий. Задоволеність, як правило, оцінюється як різниця між реальністю і очікуванням від відвідування медичного закладу. Тож, управління задоволеністю може здійснюватися через управління очікуваннями пацієнтів та фактичним рівнем медичних послуг. Водночас, з досвіду пацієнтів, є два ключових компоненти емоційної задоволеності: гарне ставлення персоналу та швидкість обслуговування [17].

Найважливішою умовою проведення оцінки якості медичної допомоги являється наявність стандартів якості медичної допомоги.

Стандарти якості медичної допомоги – це нормативні документи, які визначають вимоги до якості медичної допомоги при даному виді патології (нозологічній формі) з урахуванням сучасних уявлень про необхідні методи діагностики, профілактики, лікування, реабілітації та можливостей конкретного медичного закладу [19]. На сьогодні у системі охорони здоров'я встановлено норму щодо залежності присвоєної закладам охорони здоров'я, які надають вторинну та третинну медичну допомогу, акредитаційної категорії від наявності сертифіката відповідності системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам Національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000.

Визначення поняття системи управління якістю, вимоги до її побудови описано в Міжнародних стандартах серії 9000, які розроблено Технічним комітетом 176 Міжнародної організації зі стандартизації. Стандарти ISO серії 9000 прийняли понад 190 країн світу. Їхня особливість полягає в тому, що вони можуть бути застосовані будь-якими підприємствами і організаціями, незалежно

від їх розміру, форми власності та сфери діяльності [16]. Стандарти відповідно до ISO 9000 допомагають побудувати стабільну систему управління якістю і при цьому врахувати потреби та вимоги усіх зацікавлених сторін: власника, персоналу, надавача послуг, клієнтів, громади і держави [20, 51].

Стандарти ISO серії 9000 – організаційні стандарти системи якості; це документи, які встановлюють вимоги до системи якості, її організаційної структури та функціонального наповнення. Зазначені стандарти не стосуються клінічної допомоги, але необхідні для того, щоб створити єдині для організацій вимоги щодо здійснення всіх процесів, спрямованих на виготовлення продукту у формі медичної послуги [20]. В них зібрано норми і правила, засновані на досягненнях у різних галузях техніки, новітніх технологіях, практичному досвіді.

Міжнародні стандарти, що входять до серії ISO 9000 [51]:

ISO 9000. Словник термінів про систему менеджменту, збірник принципів управління якістю. Чинна версія: «ISO 9000:2015. Системи менеджменту якості. Основні положення та словник».

ISO 9001. Включає набір вимог до систем менеджменту якості. Чинна версія: «ISO 9001:2015 Системи менеджменту якості. Вимоги».

ISO 9004. Містить керівництво із досягнення стійкого успіху будь-якої організації в складному, вимогливому середовищі, яке постійно змінюється, шляхом використання підходів з позиції менеджменту якості. Чинна версія: «ISO 9004:2018 Менеджмент із досягнення стійкого успіху організації. Підхід на основі менеджменту якості».

ISO 9011. Містить опис методів проведення аудиту в системах менеджменту, в тому числі менеджменту якості. Чинна версія: «ISO 19011:2018 Вказівки з аудиту систем менеджменту».

Європейський комітет зі стандартизації (CEN) доопрацював ISO 9001 та розширив його за змістом, додавши визначення, пояснення, приклади та додаткові вимоги, що релевантні сфері охорони здоров'я. Тому у 2016 році було затверджено Європейський стандарт «Quality management systems – EN ISO 9001:2015 for healthcare». Нині його прийняли на національному рівні всі країни – учасниці Європейського Союзу. А 26.02.2019 року цей стандарт було прийнято і в Україні:

наказом ДП «Український науково-дослідний і навчальний центр проблем стандартизації, сертифікації та якості» № 37 «Про прийняття національних стандартів» затверджено шляхом перекладу ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) – «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я» [27].

Стандарти ISO серії 9000:2008 орієнтовані на TQM – найбільш ефективну концепцію управління якістю, яка поєднує гуманітарні і організаційно-технічні вимоги. TQM сфокусований на безперервному підвищенні якості всіх операційних процесів. Тобто абсолютно всі співробітники медичного закладу залучаються до процесу загального управління якістю. Співробітники знають, що мається на увазі під якістю послуги, усвідомлюють і використовують це на практиці. Слово «якість» означає турботу про задоволення потреб клієнта. Тобто саме клієнт диктує вимоги до послуги, яка надається. Головна ідея TQM полягає в тому, що заклад має працювати одночасно над якістю трьох складових: власне послуги, організації процесів та персоналу. Більшість переваг TQM є довгостроковими, тому ефект від них відчувається тільки після їх реалізації. Серед таких переваг: висока продуктивність, підвищення морального тону колективу, зменшення затрат і зростання довіри клієнта, популяризація та підвищення статусу підприємства в суспільстві [51].

Індикатори якості послуг з медичної допомоги – це кількісні показники, що відображають структуру, процес або результат надання медичної допомоги (А. Донабедіан) [36]. Індикатори якості послуг з медичної допомоги мають відображати її основні характеристики: ефективність, безпеку, своєчасність, здатність задовольнити очікування й потреби клієнта, стабільність здійснення лікувально-діагностичного процесу та результату, адекватність, доступність, наступність і безперервність. Індикатори можуть мати форму показників.

Індикатори якості у формі показників допомагають зрозуміти, що якість медичних послуг змінюється. Ця зміна допомагає визначити прогрес якості в часі, а головне – показники дають змогу усвідомити, чи ефективні ті чи інші заходи покращення якості, що треба посилити, що потрібно почати робити, а від чого треба взагалі відмовитись. Неможливо керувати тим, що ви не вимірюєте, і це стосується якості медичних послуг зокрема [17].

Індикатори, це інструмент діагностики, який допомагає ефективно управляти якістю. Вони є координатами у системі управління якістю, які дають можливість сформулювати напрям планованих змін (вдосконалень). Спектр і перелік індикаторів є дуже широкий, проте є можливість надати їх узагальнену класифікацію. Класифікацію індикаторів якості подано на рис. 1.7.



Рис. 1.7. Класифікацію індикаторів управління якістю

Відповідно до своїх повноважень користувачами індикаторів можуть бути безпосередньо сам медичний персонал (лікарі та медсестри), керівники закладів охорони здоров'я, клініко-експертні комісії, акредитаційні комісії, управління охорони здоров'я на місцевому та регіональному рівнях, міністерство охорони здоров'я України.

Наступним елементом системи управління якістю є його процес. Основним методом управління якістю, що закріплений у положеннях Міжнародних стандартів International Organization for Standardization (ISO) серії 9000, визнаний процентний підхід [20]. Але, слід зауважити, що обов'язковим для керівництва моментом у сфері управління якістю є використання методу системного підходу для встановлення взаємодії всіх процесів у системі та запровадження

елементів самооцінювання діяльності медичного закладу в контексті підвищення якості надання медичної допомоги [7].

Процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна розподілити на чотири групи:

- 1) процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості;
- 2) з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу;
- 3) процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.);
- 3) процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності. Зауважимо, що зазначені групи процесів у певних межах відбуваються на кожному рівні управління: керівника закладу, його заступників, керівників структурних підрозділів, безпосередніх виконавців (рівень самоуправління) [20,24].

Основою успішної системи управління якістю є команда. Це люди, які вмотивовані вдосконалюватись особисто та покращувати якість своїх послуг. В команді управління якістю є три ролі. Це – лідер, спеціаліст з якості та команда покращення якості медичних послуг (табл. 1.4). На відміну від традиційної ієрархічної організації, команда управління якістю побудована на принципах залучення, автономності та адаптивності.

Таблиця 1.4

Ролі та функції учасників команди системи управління якістю медичного закладу

Роль	Функція
Команда покращення якості	1) Формує цілі покращення якості. 2) Визначає цільові значення показників якості, яких необхідно досягти. 3) Визначає пріоритетність задач, необхідні для виконання цілей покращення якості. 4) Виконує погоджені задачі
Спеціаліст з якості	1) Організує робочі зустрічі команди. 2) Постійно допомагає команді своєю експертизою. 3) Аналізує продуктивність роботи команди та постійно шукає та впроваджує ідеї покращення для роботи команди. 4) Веде регулярний моніторинг ключових показників якості.
Лідер	1) Забезпечує команду необхідними ресурсами. 2) Усуває організаційні перешкоди на шляху роботи команди 3) Організує стратегічні зустрічі роботи команди. 4) Несе відповідальність за цінність роботи команди

Обов'язки кожної з цих ролей дуже гнучкі, але водночас мають досить чіткий фокус. Лідер забезпечує команду ресурсами, необхідними для роботи, та

відповідає за цінність роботи команди, спеціаліст з якості – це тренер команди, який організує робочі зустрічі та відповідає за її продуктивність та мотивацію, а команда якості формує разом з усіма іншими членами цілі та виконує роботу, щоб їх досягти. Разом – вони єдиний ефективний механізм та система, які дають потрібний результат [17].

Інструменти управління якістю. Залежно від розміру медичного закладу, розгалуженості структурних підрозділів та політики якості, функції з управління якістю можуть виконувати відділи (підрозділи), частково групи якості, ці функції можуть бути додані до основних посадових обов'язків кількох або однієї людини. Для ефективного управління якістю важливо використовувати певні інструменти управління якістю. Їх є безліч, і кожен з них має своє завдання. Тому і пропонуємо розглянути ці інструменти послідовно відповідно до завдання, на виконання якого вони спрямовані. Так в на рис. 1.8 представлені різні інструменти, які використовують для пошуку прогалин, їх подальшої пріоритизація, пошуку істинних причин та висунення пропозицій щодо вирішення проблеми. Якщо згадати цикл постійного покращення PDCA, то всі ці завдання виконуються на першому етапі – плануванні [17].

<p><i>Пошук зон розвитку / вузьких місць</i></p> <p>Опитування Аналіз скарг Аналіз показників Зовнішня оцінка</p>	<p><i>Пріоритизація зон розвитку / вузьких місць</i></p> <p>Рейтингування Принцип Парето</p>	<p><i>З'ясування першопричин</i></p> <p>5 чому? Діаграма Ішикави Картування</p>	<p><i>Формування рішень</i></p> <p>Мозковий штурм Шаблон змін Краща практика SWOT-аналіз</p>
---	--	---	--

Рис. 1.8. Перелік інструментів в управлінні якістю у медичних закладах відповідно до завдання, на виконання якого вони спрямовані

Пошук зон розвитку (вузьких місць). Найбільш інформативне джерело – це пацієнти і персонал медичного закладу. Саме вони точно знають, що для них краще, що зручніше, а що викликає супротив і невдоволення. Під час роботи з відвідувачами та персоналом використовують однакові інструменти: опитування та збір скарг/пропозицій. Організовувати опитування варто регулярно та до-

датково у разі збору зворотного зв'язку на впроваджені зміни (нова послуга, інший спосіб запису на прийом, інший маршрут пацієнта всередині закладу тощо). Під час регулярних опитувань (наприклад, загальна задоволеність досвідом перебування/лікування) важливо використовувати анкету з однаковими питаннями, щоб можна було порівнювати значення показників за різні періоди. Водночас можна додавати нові питання або прибирати неінформативні, але пам'ятати, що порівнювати можна значення лише однакових показників [17].

Скарги та пропозиції прицільно вказують на проблеми та зони розвитку в медичному закладі. Скарга зазвичай стосується конкретного лікаря (медичної сестри, немедичного працівника або конкретного приміщення, відділення, амбулаторії, поверху, палати та ін., або конкретної процедури. Саме тому важливо бути максимально відкритими для скарг/пропозицій і варто сприймати їх як бажання допомогти закладу стати кращим. І для цього приділяйте увагу їх розгляду по мірі надходження, але не рідше одного разу на місяць [17].

Зовсім новим інструментом для українських комунальних медичних закладів є зовнішня оцінка діяльності медичного закладу – з боку лікарів, заступників, керівників, іншого персоналу (peer-to-peer) з інших медичних закладів або експертів з кращих світових практик щодо управління якістю. Часто персонал і відвідувачі закладу звикають до умов та правил, які панують, орієнтуючись на думку «так завжди було», просто не помічають місця, де можна покращити процеси. Тому важливо розвивати практику взаємних візитів між медичними закладами, щоб допомогти знайти прогалини та поділитися своїми кращими практиками щодо управління якістю [17].

Інструменти пріоритизації зон розвитку (вузьких місць). Рейтингувати проблеми можна за такими ознаками: важливість та терміновість. Ці ж ознаки використовуються в матриці Ейзенхауера (інструмент тайм-менеджменту). За матрицею можна розподілити усі проблеми на чотири групи: важливі і термінові, важливі і нетермінові, термінові менш важливі та нетермінові менш важливі. Із застосуванням цього інструменту встановлюються першочергові проблемні питання за ознаками важливості й терміновості, з яких і варто починати роботу. В ході аналізу проблеми, звертається увага на ті, що стосуються більшої кілько-

сті пацієнтів, співробітників та водночас вимагають менше ресурсів. Принцип Парето говорить, що 20% зусиль забезпечують 80% результату.

Інструменти з'ясування першопричини. Визначившись із зонами розвитку (проблемами), які варто вирішити першочергово, переходимо до з'ясування причин. Часто здається, що такі причини є очевидними, проте в більшості випадків за будь-якою неприємністю стоїть ціла низка подій, які, на наш погляд, другорядні, зовсім не пов'язані між собою.

Інструмент «5 чому» дає можливість розібратись у будь-якій проблемі, знайти її корінь та швидко її владнати. Щоб почати його використовувати, як і будь-який інший інструмент, сформулюйте максимально чітко проблему, яку вирішуєте. Необхідно уникати загальних фраз. Записується твердження (наприклад: 1) пацієнти не можуть додзвонитися у контакт-центр; 2) наявні черги під кабінетом, хоча діє електронний запис; 3) 40% виписаних пацієнтів повертаються з рецидивом протягом 1 місяця тощо. Далі послідовно і чесно відповідайте на питання: «Чому так сталося?» до кожної попередньої відповіді. Має утворитися дерево з багатьма гілками-відповідями. 5 питань – це середнє значення, насправді ви зможете отримати кінцеву відповідь і після двох, і після семи запитань. Також може з'ясуватися, що різні наступні питання мають однакові відповіді, і вони повторюються – це нормально [17].

Наступний інструмент – діаграма Ішикави або риб'яча кістка.



Рис. 1.9. Схема діаграма Ішикави

Метод «діаграма Ішикави» допомагає виявити причинно-наслідкові зв'язки та знайти першопричини проблем. Водночас цей спосіб дає змогу розглянути проблему більш широко, виявити і згрупувати усі чинники.

Порядок складання діаграми та подальшої роботи з отриманими результатами: 1) Формулюється та конкретизується проблема, записується. 2) Виявляється та записується всі найбільш суттєві чинники, які впливають на проблему, об'єднуючи їх у кілька категорій (наприклад, політика, процеси, персонал, середовище, матеріали, обладнання, взаємодія з пацієнтом та ін.). 3) Поглиблюється вивчення чинників, які мають вплив на вже визначені чинники. 4) Аналізується отриманий скелет: групуються чинники за значущістю, визначаються ті чинники, які в цей момент піддаються коригуванню, відкидаємо ті, на які не можемо вплинути, та ігноруються малозначущі і непринципові чинники. 5) Складається план дій щодо усунення чинників [17].

Інструменти продукування рішень.

Мозковий штурм – досить легкий інструмент для використання, якщо дотримуватися певних правил: спершу озвучуються всі ідеї, без їх деталізації та обговорення. Пам'ятайте: немає безглузвих ідей, уникайте критики та дискусій на початковому етапі. Група, яка працює над рішеннями, має бути невелика, кожен учасник якої має почуватися вільно і безпечно. На цьому етапі важливо бути уважними до мовчазних /сором'язливих учасників або новачків групи, вони можуть не одразу включитися в роботу або не озвучувати свої ідеї через сором'язливість чи надмірну активність інших колег. Важливо створити довірливу атмосферу, в якій народяться найнеочікуваніші ідеї. Другий етап розпочинається після того, як всі ідеї виказані. На цьому етапі доцільно їх обговорювати, оцінювати та аналізувати. Голосуванням можна обрати найперспективнішу ідею для впровадження [17].

SWOT-аналіз нагадає, які сильні сторони медичного закладу і можливості можуть стати в нагоді для розроблення рішення [17].

Завдання методу «кращі практики» (найуспішніший спосіб дій): знайти кращу практику або її носія (міжнародного або місцевого рівнів), ознайомитися з нею і спробувати адаптувати її у своєму закладі. Звісно, не всі умови є одна-

ковими для повного наслідування, але ідеї та принципи можна взяти за основу під час розроблення власної стратегії дій. Обмін гарними ідеями та досвідом часто відбувається на конференціях, тренінгах, інших навчальних заходах та в режимі онлайн-спілкування із колегами з інших закладів [17].

Дуже важливим напрямком в управлінні медичним закладом є активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть стати [24, 23]:

- 1) система міжнародних стандартів якості ISO 9001;
- 2) моделі досконалості (EFQM);
- 3) системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua);
- 4) моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO);
- 5) моделі постійного покращення (Associatesin Process Improvement).

Таким чином, управління якістю продукту (товару або послуги) – це система взаємопов'язаних елементів, які працюють разом для досягнення спільного результату. Концептуально ця система схожа на структуру, в основі якого знаходяться певні ролі та принципи, без яких вона буде не стійкою. Зверху знаходиться цінність, як кінцевий продукт роботи всієї системи управління, а трьома елементами, які гуртують структуру, є індикатори, процес та інструменти. Перелік і місцеположення таких компонентів дозволить створити практичну й результативну систему управління якістю в кожному медичному закладі. Цінність медичного сервісу – це кінцевий продукт у формі послуг з медичної допомоги. Виділяють два ключових компоненти цінності медичного сервісу: 1) клінічна якість – проявляється через покращення здоров'я пацієнта (фізичного або психологічного); 2) якість обслуговування – проявляється через емоційна задоволеність споживачів медичних послуг до, під час і після взаємодії з медичним закладом та його персоналом. Індикатори якості у формі показників допомагають зрозуміти, що якість медичних послуг змінюється. Ця зміна допомагає визначити прогрес якості в часі, а головне – показники дають змогу усвідомити, чи ефективні ті чи інші заходи покращення якості, що треба посилити, що потрібно почати робити, а від чого треба взагалі відмовитись. Неможливо керувати

тим, що ви не вимірюєте, і це стосується якості медичних послуг зокрема. Наступним елементом системи управління якістю є процес, перебіг показує, які кроки треба зробити, щоб отримувати потрібний результат. Основним методом управління якістю, що закріплений у положеннях Міжнародних стандартів (ISO) серії 9000, визнаний процентний підхід. Основою успішної системи управління якістю є команда. Це люди, які вмотивовані вдосконалюватись особисто та покращувати якість своїх послуг. В команді управління якістю є три ролі. Це – лідер, спеціаліст з якості та команда покращення якості медичних послуг. Процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна розподілити на чотири групи: 1) процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості; 2) з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу; 3) процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.); 3) процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності. . Зауважимо, що зазначені групи процесів у певних межах відбуваються на кожному рівні управління: керівника закладу, його заступників, керівників структурних підрозділів, безпосередніх виконавців (рівень самоуправління).

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Реформування медичного сектору є досить складним процесом, оскільки медичні заклади залишаються досить консервативним елементом системи охорони здоров'я, попри нові виклики і зміни в самих системах. Операційна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендегенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації. Все це вимагає від медичних закладів, які після реформування набули форму комунальних некомерційних підприємств, виходити самостійним учасником на ринок медичних послуг на умовах і за правилами такого ринку. Запорукою успіху на будь-якому ринку є залучення якомога більшої кількості покупців та як на найдовший термін. Ос-

новними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є: медична ефективність у формі задоволення потреби споживачів; адміністративна ефективність у формі ефективного управління установою; економічна ефективність у формі оптимізації використання ресурсів; безпечність надання медичної допомоги; результативність досягнення найкращих результатів; своєчасність надання медичної допомоги; рівність отримання медичної допомоги; пацієнтоорієнтованість. Тож, бути конкурентоспроможними допоможе запровадження пацієнтоорієнтованої моделі надання медичних послуг закладом. Модернізація системи управління в сфері охорони здоров'я передбачає налагодження взаємин між медичними працівниками (надавачами послуг) й пацієнтами (споживачами послуг), їх документальне оформлення (проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення корегувань в процес гарантування безпеки пацієнтів). Така комунікація повинна ґрунтуватись на моделі збалансованого, оптимального трикутника операційних дій «послуга – постачальник – замовник», яка працює у передових країнах світу. Складність питання у забезпеченні якості надаваних послуг полягає у особливості операційного процесу в ході якого створюється нова цінність готовий продукт за допомогою реалізації операційної функції. Увесь комплекс процесів у медичному закладі складається в операційну систему, головними елементами якої є «вхід» у формі різноманітних ресурсів для забезпечення функціонування медичного закладу, «перетворення» ресурсів на вихідний продукт (процес надання медичних послуг) та «вихід» у формі реально зміненого стану фізичного або психічного здоров'я пацієнтів, або набуття такого емоційного відчуття, яке дозволяє підвищити якість життя. Усі процеси операційної діяльності медичного закладу поділяються на основні і допоміжні. Виходячи із заявленого, якість послуги з медичної допомоги є властивістю цілого комплексу процесів в середині операційної системи.

Тож, управління якістю продукту (товару або послуги) – це система взаємопов'язаних елементів, які працюють разом для досягнення спільного результату. Концептуально ця система схожа на структуру, в основі якого знаходяться певні ролі та принципи, без яких вона буде не стійкою. Зверху знаходиться цінність, як кінцевий продукт роботи всієї системи управління, а трьома елементами, які гуртують структуру, є індикатори, процес та інструменти. Перелік і міс-

целоположення таких компонентів дозволить створити практичну й результативну систему управління якістю в кожному медичному закладі. Цінність медичного сервісу – це кінцевий продукт у формі послуг з медичної допомоги. Виділяють два ключових компоненти цінності медичного сервісу: 1) клінічна якість – проявляється через покращення здоров'я пацієнта (фізичного або психологічного); 2) якість обслуговування (сервісна якість) – проявляється через емоційна задоволеність споживачів медичних послуг до, під час і після взаємодії з медичним закладом та його персоналом. Індикатори якості у формі показників допомагають зрозуміти, що якість медичних послуг змінюється. Ця зміна допомагає визначити прогрес якості в часі, а головне – показники дають змогу усвідомити, чи ефективні ті чи інші заходи покращення якості, що треба посилити, що потрібно почати робити, а від чого треба взагалі відмовитись. Основним методом управління якістю, що закріплений у положеннях Міжнародних стандартів (ISO) серії 9000, визнаний процентний підхід. Процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна розподілити на чотири групи: 1) процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості; 2) з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу; 3) процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.); 3) процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності. Для ефективного управління якістю важливо використовувати певні інструменти управління якістю, проте слід пам'ятати, що їх існує велика кількість, і кожен з них має своє завдання. Дуже важливим напрямком в управлінні медичним закладом є активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть стати: 1) система міжнародних стандартів якості ISO 9001; 2) моделі досконалості (EFQM); 3) системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua); 4) моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO); 5) моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement).

РОЗДІЛ 2

ХАРАКТЕРИСТИКА, ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДІЯЛЬНОСТІ ТА СТАНУ УПРАВЛІННЯ КНП «КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР» СЕВЕРОДОНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Загальна характеристика та аналіз результатів діяльності КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради

В Україні триває процес перетворення бюджетних закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства в умовах медичної реформи. Так 19 грудня 2018 року на п'ятдесят четвертій (позачерговій) сесії Сєверодонецької міської ради сьомого скликання було прийняте рішення про створення Комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради. Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради є амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я, який надає вторинну (спеціалізовану) допомогу мешканцям міста Сєверодонецька, прилеглих селищ та в цілому жителям України.

З 2019 року комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради укладає договори з національною службою здоров'я України про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

У 2019 році Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради отримало ліцензію на медичну практику, затверджену наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.04.2019 за № 973.

27 червня 2019 року комунальне некомерційне підприємство «Консультативно – діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради внесено в ліцензійний реєстр на право здійснення господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів згідно протоколу засідання робочої групи від 26.06.2019.

Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій



Рис. 2.1. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [31]

24 жовтня 2019 року отримана ліцензія Державної інспекції ядерного регулювання України серія ОВ №050637 право провадження діяльності з використання джерел іонізуючого випромінювання.

У 2020 році комунальним некомерційним підприємством «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради були укладені договори з національною службою здоров'я за пакетами медичних послуг:

амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу – 18 666 531,90 грн.;

діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ – 600 020,00 грн.;

лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіатів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії – 196 255,20 грн.

Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг – 4 656 077,37 грн.

У 2021 році комунальне некомерційне підприємство уклало договори про медичне обслуговування населення з національною службою здоров'я України за такими напрямками (рис. 2.2 та рис. 2.3):

1) медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація) – 28 142 437,59 грн.

2) діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ) – 857 736,00 грн.

3) лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії – 376 568,19 грн.



Рис. 2.2. Розподіл сум чинних договорів за групами послуг серед медичних підприємств комунальної форми власності м. Сєвєродонецьк [31]

У липні 2021 року національною службою здоров'я України був ініційований перерахунок наданих послуг згідно даних у електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) за квітень – червень 2021 року. Внаслідок перерахування комунальне некомерційне підприємство отримало фінансування на 2021 рік:

1) медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація) – 84 874591,89 грн.

2) діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ) –

857 736,00 грн.

3) лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії – 376 568,19 грн.

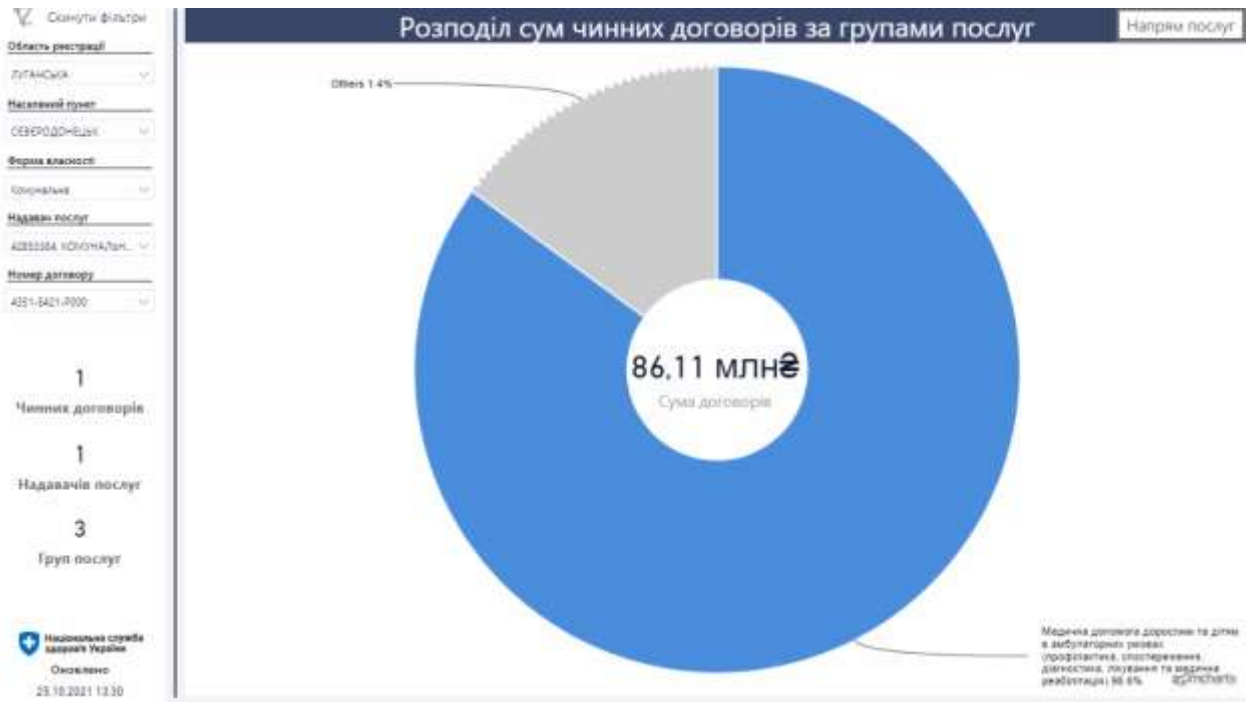


Рис. 2.3. Розподіл сум чинних договорів за групами послуг у КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради [31]

Згідно з укладеними договорами:

надані медичні послуги за програмою медичних гарантій пацієнтам оплачуються відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів;

медичні послуги надаються відповідно до порядків надання медичної допомоги, затверджених Міністерством охорони здоров'я України, з обов'язковим дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та в місцях надання медичних послуг;

місце надання медичних послуг відповідає державним санітарним нормам і правилам, ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики, галузевим стандартам у сфері охорони здоров'я, вимогам примірних табелів матеріально – технічного оснащення;

надаються якісні медичні послуги відповідно до специфікацій та встанов-

лених законом вимог;

забезпечується захист персональних даних та медичної інформації пацієнтів відповідно до законодавства, в тому числі Закону України «Про захист персональних даних»;

використовуються для надання медичних послуг лікарські засоби та медичні вироби, дозволені до застосування в Україні;

забезпечується реалізація пацієнтами їх прав на отримання медичних послуг та відшкодування збитків, завданих пацієнтам;

перед наданням медичних послуг з'ясовується та повідомляється пацієнту (його законному представнику) про те, чи має такий пацієнт право на отримання медичних послуг за програмою медичних гарантій відповідно до поданих документів, перевіряється наявність направлення лікаря (у разі потреби);

у разі виникнення питань щодо прав пацієнта на отримання медичних послуг згідно з договором або інших питань, пов'язаних з виконанням договору потрібно негайно звернутися до замовника;

забезпечується надання медичних послуг насамперед усім пацієнтам, які були записані на прийом до лікаря (або в чергу) на отримання медичних послуг згідно з договором у визначений день;

забезпечуються належні умови праці працівникам надавача;

подаються на запит замовника копії скарг пацієнтів (за умови знеособлення даних пацієнтів) та документи, які пов'язані з наданням медичних послуг або підтверджується відповідність надавача вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, умовам закупівлі;

своєчасно вноситься до системи повна та достовірна інформація, в тому числі медична документація та звіти про медичні послуги, медичні записи, записи про направлення і рецепти у порядку, встановленому законодавством, з урахуванням положень специфікації;

розміщується в системі, в кожному місці надання медичних послуг та на своєму веб – сайті (у разі наявності) інформація для пацієнтів про медичні послуги

ги, які пацієнт може отримати у надавача за програмою медичних гарантій, графік роботи надавача, графік роботи місць надання медичних послуг і медичних працівників та актуальну інформацію про працівників і обладнання надавача;

залучаються до надання послуг згідно з договором тільки ті підрядники, інформація про яких внесена до системи та тільки стосовно тих послуг, для яких в оголошенні прямо передбачена можливість їх надання підрядниками;

повідомляється пацієнту (його законному представнику) не пізніше ніж через п'ять робочих днів з дня надходження заяви лікуючого лікаря про відмову такого лікаря від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, що пацієнт не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку надавача, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення;

забезпечується внесення до системи достовірної інформації про надавача, його керівника, медичних працівників, підрядників та уповноважених осіб (у т.ч. про припинення трудових відносин з працівником надавача або договірних відносин з підрядником) не пізніше наступного робочого дня з дня її зміни;

вноситься до системи інформація про придбання або продаж обладнання передбаченого умовами закупівлі, припинення або відновлення його роботи не пізніше наступного робочого дня з дня настання таких обставин;

вноситься до системи інформація про зміну адреси місця надання медичних послуг, графіка надання медичних послуг надавачем, графіка роботи працівників надавача, які надають медичну допомогу згідно з договором, контактних даних для запису на прийом до лікаря не пізніше ніж за тиждень до настання таких змін;

повідомляється замовнику та пацієнтам про припинення медичної практики або подання заяви про припинення дії договору за ініціативою надавача не пізніше ніж за шість тижнів до настання таких обставин та вносити до системи відповідну інформацію;

інформується замовник про заплановані реорганізацію, ліквідацію надавача або початок процедури банкрутства;

не здійснюється без попереднього письмового повідомлення замовнику перепрофілювання та закриття відділень, місць надання медичних послуг, роз-

ширення переліку медичних послуг за програмою медичних гарантій;

не передаються всі або частина прав та обов'язків за договором третім особам без попередньої письмової згоди замовника;

не перешкоджати проведенню моніторингу згідно з договором, зокрема надаються документи, що стосуються надання медичних послуг за договором, на підставі яких вносились інформація до системи та формувався звіт про медичні послуги;

повертати замовнику надміру сплачені кошти згідно з цим договором, зокрема у випадках, передбачених пунктами договору;

розміщувати у місцях надання медичних послуг, в яких здійснюється медичне обслуговування, інформаційні матеріали про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій відповідно до правил, опублікованих на офіційному веб – сайті національної служби здоров'я України;

здійснювати внутрішній контроль за виконанням зобов'язань надавача його працівникам та підрядникам, вживати заходів до усунення порушень у разі їх виявлення, розробляти та виконувати план заходів з удосконалення медичного обслуговування;

забезпечити можливість отримання пацієнтами медичних послуг згідно з графіком, зазначеним у системі;

забезпечити технічну можливість запису пацієнтів на прийом або в електронну чергу для отримання медичних послуг за телефоном або в електронній формі.

У питанні оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій, , які надходять через Національна служба здоров'я України (НСЗУ), слід зауважити наступне (рис. 2.4 та 2.5): в цілому по Луганській області у першому та другому кварталах 2021 р. спостерігається зменшення фінансування на 7,37% та 29,88% порівняно з попередніми періодами. У 3 кварталі ця ситуація покращується фінансування зростає на 5,31%.

Щодо стосується досліджуваного підприємства, то на КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради спостерігається позитивна динаміка нарощення сум коштів як у 2020 р., так і у 2021 р.. Проте, звертає на себе увагу нерівномірність

їхньої динаміки у 2021 р. Так, у 2 кварталі 2021р. порівняно з 1 кварталом 2021р. фінансування зростає 15,43%, а вже у 3 кварталі аж на 289,68% порівняно з 2 кварталом 2021 р.

Рік	2019				Всього
Область	1 кв.	2 кв.	3 кв.	4 кв.	
ЛУГАНСЬКА	64 881 426 ₴ (+199,31%)	64 509 762 ₴ (-0,57%)	66 369 961 ₴ (+2,88%)	67 804 582 ₴ (+2,16%)	263 565 731 ₴
Всього	64 881 426 ₴ (+199,31%)	64 509 762 ₴ (-0,57%)	66 369 961 ₴ (+2,88%)	67 804 582 ₴ (+2,16%)	263 565 731 ₴

Рік	2020				Всього
Область	1 кв.	2 кв.	3 кв.	4 кв.	
ЛУГАНСЬКА	67 956 484 ₴ (+0,22%)	366 790 774 ₴ (+439,74%)	480 347 525 ₴ (+30,96%)	652 848 902 ₴ (+35,91%)	1 567 943 685 ₴
Всього	67 956 484 ₴ (+0,22%)	366 790 774 ₴ (+439,74%)	480 347 525 ₴ (+30,96%)	652 848 902 ₴ (+35,91%)	1 567 943 685 ₴

Рік	2021				Всього
Область	1 кв.	2 кв.	3 кв.	4 кв.	
ЛУГАНСЬКА	604 763 572 ₴ (-7,37%)	424 073 137 ₴ (-29,88%)	446 605 189 ₴ (+5,31%)	70 242 622 ₴	1 545 684 521 ₴
Всього	604 763 572 ₴ (-7,37%)	424 073 137 ₴ (-29,88%)	446 605 189 ₴ (+5,31%)	70 242 622 ₴	1 545 684 521 ₴

Рис. 2.4. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій по Луганській області [31]

Рік	2020			Всього
Область	2 кв.	3 кв.	4 кв.	
ЛУГАНСЬКА	6 487 602 ₴	7 152 756 ₴ (+10,25%)	8 483 064 ₴ (+18,60%)	22 123 423 ₴
Всього	6 487 602 ₴	7 152 756 ₴ (+10,25%)	8 483 064 ₴ (+18,60%)	22 123 423 ₴

Рік	2021			Всього
Область	1 кв.	2 кв.	3 кв.	
ЛУГАНСЬКА	8 483 064 ₴ (+0,00%)	9 792 247 ₴ (+15,43%)	38 158 324 ₴ (+289,68%)	56 433 636 ₴
Всього	8 483 064 ₴ (+0,00%)	9 792 247 ₴ (+15,43%)	38 158 324 ₴ (+289,68%)	56 433 636 ₴

Рис. 2.5. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій по КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради [31]

КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради отримує лікарські засоби та вироби медичного призначення для пільгових

верств населення, які потребують такої допомоги згідно чинного законодавства та на виконання державних та регіональних програм. Загалом виконання фінансування КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради у 2021 р. за програмою медичних гарантій становить 65,54% (на момент проведення досліджень з врахуванням відсутності даних за 4 квартал 2021р., який наразі ще триває).

Розподіл оплати КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради відповідно до елементів програми медичних гарантій представлено на рис. 2.6.

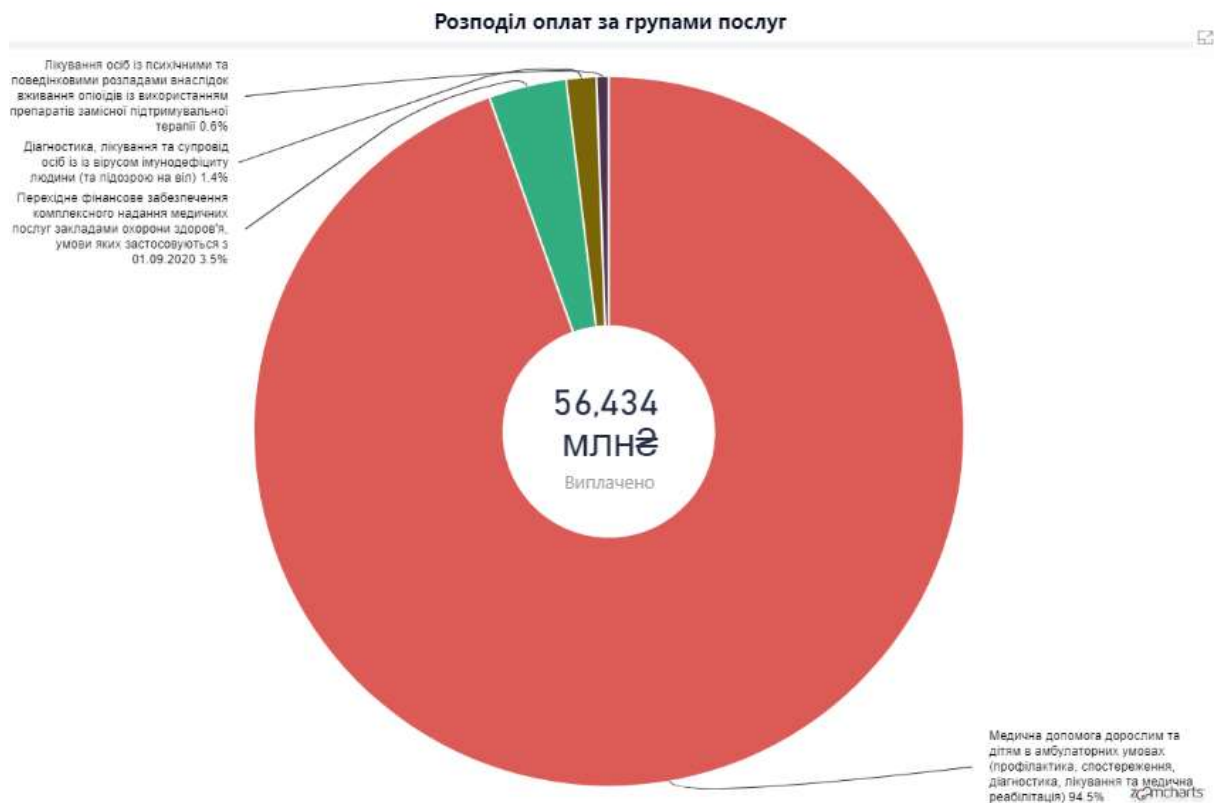


Рис. 2.6. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій по КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради [31]

Серед елементів програми медичних гарантій на КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради головним є «Медична допомога дорослим і дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)» – 94,5% від загальної суми фінансування.

Структура надходжень до КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради міститься у «Звіті про доходи та витрати надавачів медичних послуг». Усі дані наведено відповідно до звітів про доходи та витрати, які надавачі медичних пос-

луг надають НСЗУ відповідно до ст. 241 договору про медичне обслуговування населення. Типова форма договору затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410 «Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» (рис. 2.7).

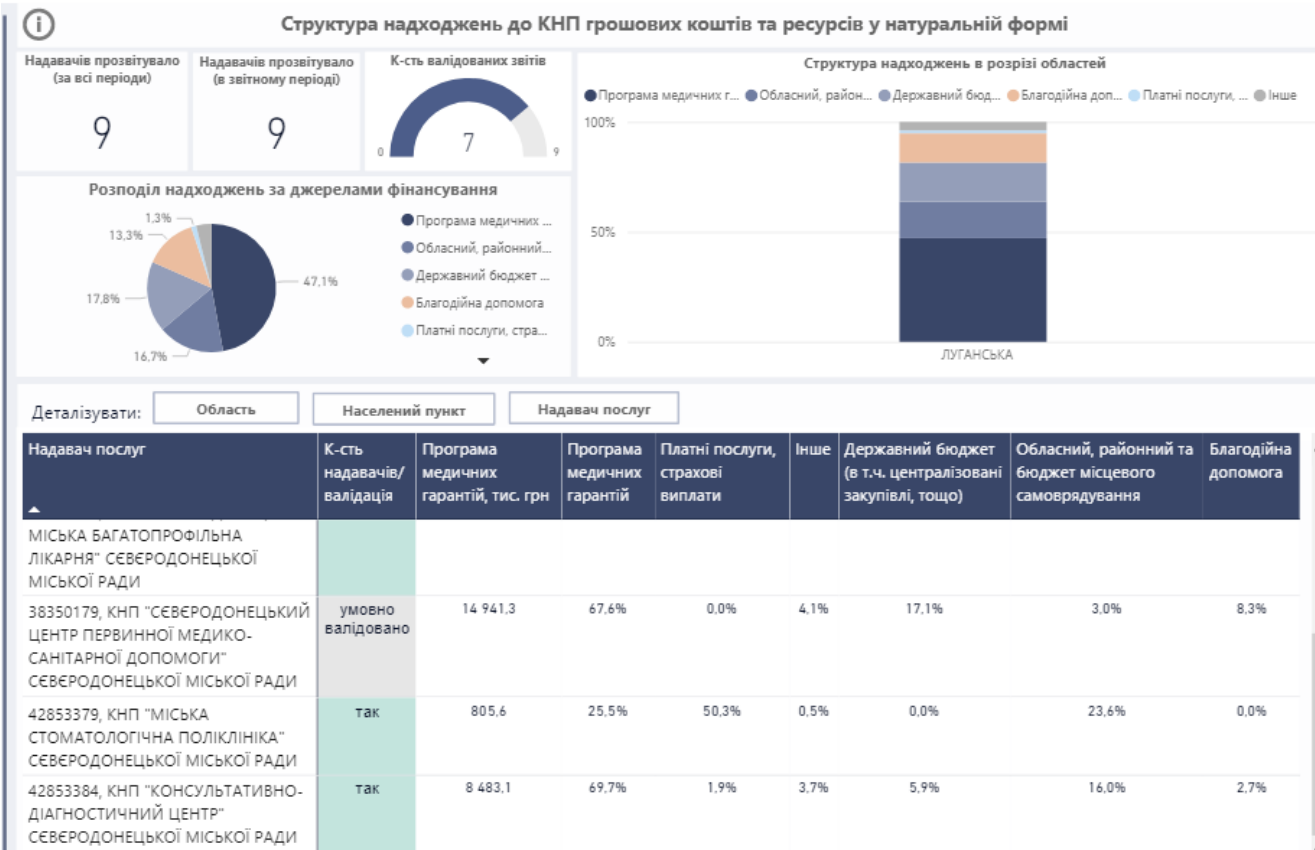


Рис. 2.7. Структура надходжень до КНП «Консультативно -діагностичний центр» Северодонецької міської ради [31]

А отже, головним джерелом надходження коштів на фінансування КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради міститься є Програма медичних гарантій, яку реалізує НСУ. Крім того, 16% загальної суми надійшло з бюджету місцевого самоврядування м. Северодонецьк.

Динаміку кількості амбулаторних та стаціонарних відвідувань як основних показників діяльності КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради у розрізі головних структурних підрозділів (Консультативно-діагностичне відділення №1, Консультативно-діагностичне відділення №2 та Консультативно-діагностичне відділення №3) представлено у табл. 2.1.

Динаміка кількості амбулаторних та стаціонарних відвідувань

КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради

Рік	Кількість амбулаторних відвідувань			Кількість стаціонарних відвідувань	
	КДВ №1	КДВ №2	КДВ №3	КДВ №2	КДВ №3
2020 рік	385075	94204	88235	28560	8160
2021 рік	210000	94124	88135	35850	9030
Зміни	-175075	-80	-100	7290	870

Проаналізувавши дані табл. 2.1. відзначимо, що амбулаторні відвідування по КДВ №1 значно нижчі у 2021 році ніж у 2020 році. Це пов'язано з оптимізацією робочого процесу КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради та переходу до електронної системи ведення медичних записів згідно вимог національної служби здоров'я України. По КДВ №2 та КДВ №3 суттєвих змін не відбулось.

Серед стаціонарних відділень відбулось підвищення відвідувань на 7290 – з 28560 у 2020 року до 35850 у 2021 році по КДВ №2. По КДВ №3 відвідування збільшились на 860 – з 8160 у 2020 році до 9030 у 2021 році.

Для переходу на електронну систему ведення медичних записів необхідно укомплектувати кожне робоче місце лікаря, реєстратора комп'ютером, провести навчання по роботі в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ).

У табл. 2.2 представлені внутрішні розподілення джерел фінансування за окремими напрямками.

Таблиця 2.2

Внутрішні розподілення джерел фінансування КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради за окремими напрямками

Рік	На амбулаторні відвідування, грн.	На стаціонарні відвідування, грн.	Кабінет «Довіра», грн.	Підгузки та інше, грн.	Медичне обладнання та інвентар, грн.	Усього, грн.
2020	397 260,00	63 443,00	303184,00	331 000,00	550 816,00	1645703,00
2021	721 757,00	112 200,00	50 010,00	257 720,00	404 449,00	1546136,00

Дані аналізу, наведеного у табл. 2.2 показують, що у 2020 році вартість одного амбулаторного відвідування у КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради дорівнює 0,7 грн., а у 2021 році – 1,84 грн. Вартість одного стаціонарного відвідування за цей же період – 1,73 грн. та 2,5 грн. відносно.

Фінансування цільових на КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради програм здійснюється за рахунок Державного бюджету України. Кошти на реабілітацію інвалідів, інсулінозалежних пацієнтів виділяються місцевим бюджетом. У 2021 році кабінет «Довіра» отримує значну гуманітарну підтримку у порівнянні з минулими роками, що значно зменшує навантаження на місцевий бюджет.

Таким чином, Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради є амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я, який надає вторинну (спеціалізовану) допомогу дорослому та дитячому населенню міста Сєверодонецька, прилеглих селищ та в цілому жителям України. КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради діє на основі ліцензій, головною серед яких є ліцензія на медичну практику, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.04.2019 за № 973. Крім того, з червня 2019 року КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради внесено в ліцензійний реєстр на право здійснення господарської діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів згідно протоколу засідання робочої групи від 26.06.2019р., а вже з жовтня 2019 року була отримана ліцензія Державної інспекції ядерного регулювання України серія ОВ №050637 на право провадження діяльності з використання джерел іонізуючого випромінювання. Головне джерело фінансування КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради надходить за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, які підприємство укладає з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) з 2019 року. У 2021 році КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради уклало договори з національною службою України про медичне обслуговування населення за пакетами: 1) «Медична допомога дорослим та дітям в

амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)»; 2) «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)»; 3) «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії». Слід зауважити, що у скрутних перехідний період 2020 р. до структури програми про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій належав також пакет «Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг», який у 2021 р. був скасований. На КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради спостерігається позитивна динаміка нарощення сум коштів, проте звертає на себе увагу її нерівномірність у 2021 р., коли у 3 кварталі фінансування зросло аж на 289,68% порівняно з 2 кварталом 2021 р. Загалом виконання фінансування КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради у 2021 р. за програмою медичних гарантій становить 65,54% (на момент проведення досліджень з врахуванням відсутності даних за 4 квартал 2021р., який наразі ще триває). Головним джерелом надходження коштів на фінансування КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради міститься є Програма медичних гарантій, яку реалізує НСУ. Крім того, 16% загальної суми надійшло з бюджету місцевого самоврядування м. Сєверодонецьк. Фінансування цільових на КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради програм здійснюється за рахунок Державного бюджету України. Кошти на реабілітацію інвалідів, інсулінозалежних пацієнтів виділяються місцевим бюджетом. У 2021 році кабінет «Довіра» отримує значну гуманітарну підтримку у порівнянні з минулими роками, що значно зменшує навантаження на місцевий бюджет. Аналіз результатів діяльності КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради показав зниження амбулаторних відвідувань (особливо по КДВ №1). Такий факт не є негативним, то зниження відбулося у наслідок оптимізації робочого процесу КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради та переходу до електронної системи ведення медичних записів згідно вимог національної служби здоров'я України.

2.2. Діагностика системи управління КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради

Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради є амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я, який надає вторинну (спеціалізовану) допомогу дорослому та дитячому населенню міста Сєверодонецька, прилеглих селищ та в цілому жителям України.

Вищим органом управління КНП «Консультативно-діагностичний центр» є Сєверодонецька міська рада, яка через військово-політичну ситуацію, на сьогодні має форму міської військово-цивільної адміністрації Сєверодонецького району Луганської області.

Власник і засновник визначає головні напрямки діяльності комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання, затверджує статут підприємства та зміни до нього.

В особі профільного заступника керівника Сєверодонецької міської військово-цивільної адміністрації затверджує фінансовий план підприємства та контролює його виконання.

В особі керівника Сєверодонецької міської військово – цивільної адміністрації укладає і розриває контракт з генеральним директором підприємства та здійснює контроль за його виконанням, погоджує підприємству договори про спільну діяльність, за якими використовується нерухоме майно, що перебуває в його оперативному управлінні, кредитні договори та договори застави.

Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис.

Загальна структура управління Комунальним некомерційним підприємством «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради представлена на рис. 2.8.



Рис. 2.8. Зовнішня організаційно-управлінська структура КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради у реалізації державних та регіональних програм у сфері охорони здоров'я

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України. МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, забезпечує формування та реалізує державну політику у сферах [30]:

епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, промоції здорового способу життя та запобігання факторам ризику, попередження та зниження рівня вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища жит-

тедіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, створення національної системи крові, управління системою якості щодо безпеки крові, біологічної безпеки та біологічного захисту, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, а також забезпечення формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення;

розвитку медичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

технічного регулювання медичних виробів, медичних виробів для діагностики *in vitro*, активних медичних виробів, які імплантують, косметичної продукції;

забезпечення населення якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також безпечних медичних виробів та косметичної продукції;

розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки.

визначає єдині кваліфікаційні вимоги до працівників охорони здоров'я;

затверджує: галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я, зокрема клінічні протоколи і стандарти, здійснює контроль за їх дотриманням; критерії та стандарти акредитації закладів охорони здоров'я; єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної і фармацевтичної діяльності; норми харчування для дітей у закладах дошкільної освіти, фізіологічні норми харчування для осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; норми радіаційної безпеки та допустимі рівні впливу на людину інших фізичних факторів; нормативи навантаження лікуючих лікарів; порядок проведення медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності громадян; порядок надання медичної допомоги лікарями та іншими медичними працівниками і порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну до-

помогу відповідного виду; порядок проведення обов'язкових медичних оглядів здобувачів освіти усіх рівнів; порядок проведення клінічних випробувань тканинних і клітинних трансплантатів і експертизи матеріалів клінічних випробувань з метою їх застосування у клінічній практиці; положення про здійснення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у закладах загальної середньої освіти; правила визначення придатності за станом здоров'я осіб для роботи на суднах; стандарт надання медичної допомоги особам, які постраждали або особам, які ймовірно постраждали від домашнього насильства; порядок проведення та документування результатів медичного обстеження осіб, які постраждали від домашнього насильства;

здійснює: ліцензування господарської діяльності з медичної практики; ліцензування господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим МОЗ; контроль за додержанням ліцензіатами вимог ліцензійних умов з медичної практики, банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим МОЗ; акредитацію закладів охорони здоров'я у порядку, затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. N 765 "Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я" (Офіційний вісник України, 1997 р., число 29, с. 61; 2013 р., N 2, ст. 40); державний контроль діяльності психіатричних установ незалежно від форми власності та фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги; організацію заходів щодо поширення здорового способу життя серед населення; організацію екстреної медичної допомоги, медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому) рівні, паліативної медичної допомоги та медичної реабілітації, організацію надання медичної допомоги за спеціальностями, у тому числі із застосуванням телемедицини; моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я; контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема про медико-соціальну експертизу, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної із трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів медично-

го обслуговування, медичних матеріалів і технологій;

Наступною структурою, яка приймає участь у формуванні власних та передачі завдань вищої ланки (МОЗ) на КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради з метою реалізації державної та регіональної політики у сфері охорони здоров'я є Департамент охорони здоров'я у складі Луганської обласної військово-цивільної адміністрації.

Департамент охорони здоров'я Луганської обласної військово-цивільної адміністрації є структурним підрозділом Луганської обласної військово-цивільної адміністрації, який утворюється головою обласної державної адміністрації - керівником обласної військово-цивільної адміністрації, входить до її складу і забезпечує виконання покладених на нього завдань щодо реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я на території області [29].

Департамент підпорядкований голові, підзвітний та підконтрольний Міністерству охорони здоров'я України. Департамент у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України, розпорядженнями голови та цим Положенням [29].

Основними завданнями Департамент охорони здоров'я Луганської обласної військово-цивільної адміністрації є структурним підрозділом Луганської обласної військово-цивільної адміністрації є: забезпечення реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я на території області; управління закладами охорони здоров'я спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст області, організація їх кадрового, матеріально-технічного і методичного забезпечення; прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я області та нормативне забезпечення населення медико-санітарною допомогою; здійснення заходів, спрямованих на запобігання та ліквідацію інфекційних захворювань, епідемій; організація роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи; забезпечення виконання актів законодавства у сфері охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної дія-

льності у сфері охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів та технологій [29].

Власником і засновником КНП «Консультативно-діагностичний центр» виступає Сєверодонецька міська рада, яка визначає головні напрямки діяльності КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання, затверджує статут підприємства та зміни до нього.

Представником власника КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради виступає Сєверодонецька міська військово-цивільна адміністрація, яка в особі профільного заступника керівника (начальника управління охорони здоров'я) затверджує фінансовий план підприємства та контролює його виконання.

Управління охорони здоров'я Сєверодонецької міської військово-цивільної адміністрації є виконавчим органом, який утворюється міською радою, є підзвітним і підконтрольним Сєверодонецькій міській раді і підпорядковується в своїй діяльності виконавчому комітету Сєверодонецької міської ради та міському голові. Управління в своїй діяльності керується Конституцією України, Бюджетним кодексом України, законами України, нормативно-правовими актами Президента України і Кабінету Міністрів України, наказами відповідних міністерств, рішеннями Луганської обласної ради, Сєверодонецької міської ради та її виконавчого комітету, розпорядженнями голови Сєверодонецької обласної державної адміністрації та міського голови, цим Положенням, а також іншими нормативно-правовими актами [32].

Завдання Управління охорони здоров'я Сєверодонецької міської військово-цивільної адміністрації: забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я; прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою; здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію; організація фінансового та матеріально-технічного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я (підрозділів) комунальної власності через централізовану бухгалтерію Управління в межах коштів місько-

го бюджету, передбачених кошторисами на кожний заклад (підрозділ); забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій; організація роботи органів медико-соціальної експертизи; координація діяльності медичних закладів (підприємств, кабінетів, тощо) усіх форм власності з організації надання медико-санітарної допомоги мешканцям м. Сєверодонецька та селищ, розташованих на території підпорядкованій міській раді [32].

До функцій Управління охорони здоров'я Сєверодонецької міської військово-цивільної адміністрації відносять: здійснення управління закладами охорони здоров'я комунальної власності міста, координація їх діяльності, організація та сприяння матеріально-технічному і фінансовому забезпеченню цих закладів; здійснення організаційного й методичного керівництва роботою закладів охорони здоров'я комунальної власності міста, насамперед, з питань надання лікувально-профілактичної допомоги населенню міста та інше.

власник і засновник визначає головні напрямки діяльності комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання, затверджує статут підприємства та зміни до нього.

В особі профільного заступника керівника Сєверодонецької міської військово-цивільної адміністрації затверджує фінансовий план підприємства та контролює його виконання.

Оперативне управління комунальним некомерційним підприємством «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради здійснюється генеральним директором, який діє від першої особи, призначається на посаду і звільняється з неї керівником Сєверодонецької міської військово-цивільної адміністрації відповідно до чинного законодавства України. Особа, що займає посаду генерального директора повинна відповідати кваліфікацій-

ним вимогам, встановленим «Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників» випуск 78 «Охорона здоров'я» затвердженого наказом МОЗ України № 117 від 29.03.2002 року (зі змінами) [28].

На рис. 2.9 представлено схему організаційної структури управління КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради.

З генеральним директором укладають контракт де визначають строк найму, права, обов'язки і відповідальність генерального директора, умови його матеріального забезпечення та інші умови найму.

Генеральний директор комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради діє без довіреності від імені підприємства, представляє його інтереси в органах державної влади і органах місцевого самоврядування, інших органах, у відносинах з іншими юридичними та фізичними особами, підписує від його імені документи та видає довіреності і делегує право підпису документів іншим посадовим особам Підприємства, укладає договори, відкриває в органах Державної казначейської служби України та установах банків поточні та інші рахунки; самостійно вирішує питання діяльності підприємства, за винятком тих, що віднесені законодавством та цим Статутом до компетенції засновника; організовує роботу підприємства щодо надання населенню медичної допомоги, згідно з вимогами нормативно-правових актів; несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану і плану розвитку підприємства, результати його господарської діяльності, виконання показників ефективності і діяльності підприємства, якості послуг, що надаються підприємством, використання наданого на праві оперативного управління підприємству майна комунальної власності територіальної громади м. Сєверодонецьк і доходу згідно вимогам законодавства, цього Статуту та укладених підприємством договорів; користується правом розпорядження майном відповідно до рішень Сєверодонецької міської ради та чинного законодавства України та коштами підприємства та ін.

Генеральний директор підприємства та головний бухгалтер несуть персональну відповідальність за додержання порядку ведення і достовірності обліку та статистичної у звітності у встановленому законодавством порядку. У разі

відсутності генерального директора комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Сєвєродонецької міської ради або неможливості виконувати свої обов'язки виконує інша особа згідно з функціональним (посадовими) обов'язками, на яку покладені дані повноваження. У прямому підпорядкуванні до генерального директора перебувають медичний директор, начальник адміністративно-управлінського відділу, начальник господарчого відділу та головний бухгалтер.

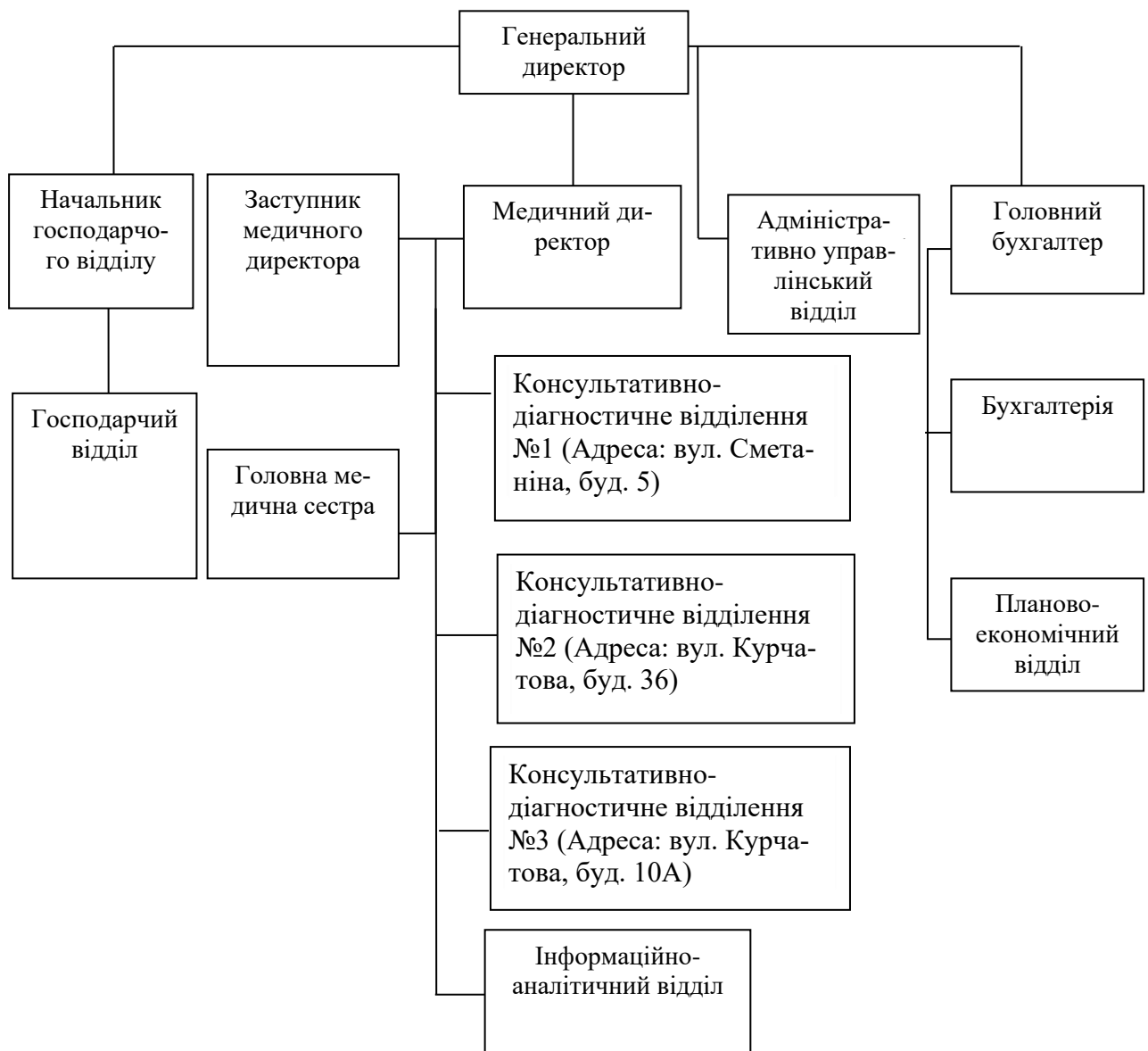


Рис. 2.9. Внутрішня структура управління КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєвєродонецької міської ради [28]

У свою чергу медичний директор має свого заступника. Медичному директору підпорядковуються: заступник медичного директора, завідувач консу-

льтативно-діагностичним відділенням №1, завідувач консультативно-діагностичним відділенням №2, завідувач консультативно-діагностичним відділенням №3, головна медична сестра. У підпорядкуванні головного бухгалтера – бухгалтерія та планово-економічний відділ.

Організаційна структура у КНП «Консультативно-діагностичний центр» має лінійно-функціональну форму та відповідає усім потребам щодо функціонування закладу охорони здоров'я [28].

Генеральним директором затверджуються: структура підприємства; положення структурних підрозділів підприємства, стандартні операційні процедури та алгоритми виконання процедур, посадові інструкції працівників.

На вересень 2021 року у КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради наступні працівники [28]:

Адміністративний склад: Генеральний директор - 1, медичний директор – 1, заступник медичного директора – 1, головна медична сестра – 1, інженер з організації експлуатації та ремонту – 1, технік із системного адміністрування – 1, технік з експлуатації та ремонту устаткування – 1, інженер з охорони праці - 1, інспектор з кадрів – 2, діловод – 1, оператор комп'ютерного набору – 1, головний бухгалтер – 1, заступник головного бухгалтера – 1, бухгалтер – 2, економіст – 1, фахівець з публічних закупівель -1.

Господарчий відділ: начальник господарського відділу – 1, прибиральник територій – 1, електромонтер з ремонту та обслуговуванню електроустаткування – 1, слюсар-сантехнік – 1, водій автотранспортних засобів – 2, робітник з комплексного обслуговування й ремонту будинків – 1, прибиральник службових приміщень – 1, сторож – 7.

Консультативно – діагностичне відділення №1: лікарі – 27, біолог – 1, сестра медична - 35, фельдшер – 2, лаборант – 5, рентгенолаборант – 3, сестра – господиня – 1, молодша медична сестра – 18, реєстратор медичний - 2.

Консультативно – діагностичне відділення № 2: лікарі – 18, біолог – 1, сестра медична - 31, лаборант – 5, рентгенолаборант – 2, сестра – господиня - 1, молодша медична сестра – 13, реєстратор медичний - 2.

Консультативно – діагностичне відділення № 3: лікарі – 12, сестра медична – 16, сестра – господиня - 1, молодша медична сестра – 4, реєстратор медичний - 2.

Таким чином, засновником, власником та вищим органом управління КНП «Консультативно-діагностичний центр» є Северодонецька міська рада, яка через військово-політичну ситуацію, на сьогодні має форму міської військово-цивільної адміністрації Северодонецького району Луганської області. Власник і засновник визначає головні напрямки діяльності комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради, затверджує плани діяльності та звіти про його виконання, затверджує статут підприємства та зміни до нього. В особі профільного заступника керівника Северодонецької міської військово-цивільної адміністрації (начальника управління охорони здоров'я Северодонецької міської військово-цивільної адміністрації) затверджує фінансовий план підприємства та контролює його виконання. Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис. У межах зовнішньої організаційно-управлінської структура з метою реалізації державних та регіональних програм у сфері охорони здоров'я КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради підпорядковується Міністерству охорони здоров'я України, Департаменту охорони здоров'я у складі Луганської обласної військово-цивільної адміністрації та Управлінню охорони здоров'я Северодонецької міської військово-цивільної адміністрації. Оперативне управління комунальним некомерційним підприємством «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради здійснюється генеральним директором, який діє від першої особи, призначається на посаду і звільняється з неї керівником Северодонецької міської військово-цивільної адміністрації. У прямому підпорядкуванні до генерального директора перебувають медичний директор, начальник адміністративно-управлінського відділу, начальник господарчого відділу та головний бухгалтер. Медичний директор має свого заступника, якому підпорядковуються: заступник медичного директора, завідувач КДВ №1, завідувач КДВ №2, завідувач КДВ №3, головна медична сестра. У підпорядкуванні головного бухгалтера – бухгалтерія та планово-економічний відділ. Організаційна структура у КНП «Консультативно-діагностичний центр» в цілому має лінійно-функціональну форму та відповідає усім потребам щодо функціонування закладу охорони здоров'я.

2.3. Діагностика дотримання якості надаваних послуг та управління якістю на КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради

Важливою складовою пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, яка наразі є головною ідеєю медичною реформи, є вивчення громадської думки про діяльність медичних закладів та їх співробітників. Виявляти думки громадян про задоволеність медичним обслуговуванням та результатами отриманої медичної допомоги дозволяють результати соціологічних досліджень (письмові та усні опитування), оскільки можуть проводитися у постійному форматі та по відношенню до всіх відвідувачів медичного закладу, на відміну від окремих епізодів незадоволеності, що висловлюються у зверненнях громадян або публікуються на загал. Думка відвідувача медичного закладу (його представника) може бути використана як інформаційна база для виявлення власником та керівництвом медичної установи проблемних питань в організації надання медичних послуг та як окремий критерій для оцінки якості медичних послуг.

Однак, на жаль, на КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради такий підхід до оцінки якості медичних послуг проводиться вкрай рідко. На Комунальному некомерційному підприємстві «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради існує «Журнал звернень громадян», у якому вони можуть залишити свій як позитивний так і негативний відгук про надану медичну допомогу. Також існує практика звернення пацієнта, незадоволеного лікуванням, до Департаменту охорони здоров'я Луганської обласної військово – цивільної адміністрації, до МОЗ України та на урядову лінію. Кожне звернення розглядається індивідуально, аналізується, робляться висновки. Проте якісне виявлення думок респондентів на загал (тих, що мають претензії і тих, які претензій не мають) на досліджуваному підприємстві відсутнє. Головною причиною невиконання такої важливої функції управління якістю, як отримання зворотного зв'язку від відвідувачів-пацієнтів, є відсутність методичного забезпечення про технологію проведення опитування й оброблення отриманих результатів, а також недостатній рівень обізнаності керівного персоналу медичного за-

кладу з даного питання.

Задля виправлення цієї ситуації у дипломній роботі була зроблена спроба проведення такого опитування респондентів – відвідувачів-пацієнтів трьох консультативно-діагностичних відділень КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради. До опитування було залучено 54 респонденти, які у період з 01.10.2021р. до 15.10.2021 р. відвідували консультативно-діагностичні центри КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради. В опитуванні визначилися з відношенням респондентів за такими питаннями як то: задоволеність результатами лікування; можливість отримувати усі необхідні діагностичні дослідження в даному закладі; своєчасність отримання лікувально-діагностичних процедур; забезпечення медикаментами; ставлення лікаря до пацієнта; ставлення молодшого сестринського персоналу до пацієнта; дотримання прав пацієнта; санітарно-гігієнічні умови; зрозумілість рекомендацій лікаря з продовження лікування після отримання лікування. Респонденти мали оцінити за 5 бальною шкалою своє ставлення у межах кожного питання. Підсумкові результати опитування подані у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Підсумкові результати опитування респондентів (відвідувачів-пацієнтів) щодо задоволеності якістю надання медичних послуг та медичної допомоги

КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради [28]

Питання для опитування	КДВ№1	КДВ №2	КДВ№3
Задоволеність результатами лікування	4,15	4,25	4,10
Можливість отримувати усі необхідні лікувально-діагностичні дослідження в даному закладі	3,15	3,12	3,04
Своєчасність отримання лікувально-діагностичних процедур	4,66	4,34	4,12
Забезпечення медикаментами	3,11	2,58	2,41
Ставлення лікаря до пацієнта	3,97	3,99	4,01
Ставлення молодшого медичного (сестринського) персоналу до пацієнта	3,66	3,87	3,83
Дотримання прав пацієнта	4,01	4,17	4,12
Санітарно-гігієнічні умови	4,65	4,78	4,75
Зрозумілість рекомендацій лікаря з продовження лікування після його отримання під час візиту до лікаря	3,88	3,76	3,54

За результати опитування було встановлено, що повної задоволеності серед відвідувачів консультативно-діагностичних центрів КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради немає. Найбільше незадоволення респонденти виказали за

такими питаннями як можливість отримувати усі необхідні лікувально-діагностичні дослідження в даному закладі; забезпечення медикаментами; ставлення лікаря до пацієнта; ставлення молодшого медичного (сестринського) персоналу до пацієнта; зрозумілість рекомендацій лікаря з продовження лікування після його отримання під час візиту до лікаря.

Наступним елементом оцінки якості діяльності КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради є встановлення задоволеності від професійної діяльності лікарів сімейної медицини та спеціалістів (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Підсумкові результати опитування респондентів (лікарів сімейної медицини та спеціалістів) щодо задоволеності від професійної діяльності

КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради [28]

Питання для опитування	Лікарі сімейної медицини	Спеціалісти вторинної медичної допомоги
1) Можливість підвищення рівня професійних знань		
- на циклах післядипломної освіти	3,55	4,12
- на робочому місці	4,87	3,89
- участь у наукових форумах	2,75	2,99
- умови для самостійного навчання	2,08	2,13
2) Інформаційне забезпечення		
- доступ до нормативних документів	4,38	4,65
- наявність методичних матеріалів	2,17	3,12
- наявність інструкцій з охорона праці та техніки безпеки на робочому місці	4,56	4,77
3) Умови праці	3,34	3,77
4) Рівень заробітної плати	2,88	3,01
5) Рівень самостійності в роботі	4,87	4,75
6) Стосунки в колективі	4,15	4,23
7) Оперативність взаємодії:		
- з відділеннями	4,45	4,34
- з лабораторією	4,88	4,76
- з діагностичними кабінетами	4,38	4,66
- з поліклінічним відділенням	4,44	4,53
- з адміністрацією лікарні	3,32	3,41
- з господарчими службами	4,12	4,07
8) Оцінка роботи безпосереднім керівником	4,46	4,88
9) Оцінка роботи адміністрацією лікарні	4,56	4,89
10) Стосунки з пацієнтами	3,78	4,12

Якість надання медичних послуг доцільно розглянути за допомогою Тріади Донабедіана [28]:

1) Індикатори якості ресурсів – це людські та матеріально-технічні ресурси, що використовуються для надання медичної послуги:

медичні кадри і їх кваліфікація – медичні працівники постійно підвищують рівень ділової кваліфікації на тематичних курсах згідно наказу МОЗ України від 22.02.2019 № 446 "Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів". Для цієї категорії медичних працівників декларування балів безперервного професійного розвитку є обов'язковою умовою для подальшої роботи. Та наказу МОЗ України від 23.11.2007 №742 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою», але у комунальному некомерційному підприємстві «Консультативно – діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради молодші медичні працівники з медичною освітою не завжди виявляють бажання проходити навчання та підвищувати свій рівень професійної підготовки у зв'язку із низькою мотивацією співробітників;

матеріальне забезпечення – для надання якісної медичної допомоги населенню та для контрастування з Національною службою здоров'я необхідне сучасне обладнання, яким оздоблено КНП. У комунальному некомерційному підприємстві «Консультативно – діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради більша частина матеріально – технічної бази застаріла, що не дає змоги надавати своєчасну та якісну допомогу населенню та укласти більшу кількість договорів з Національною службою здоров'я України, що значною мірою позначається на фінансовій складовій підприємства;

фінансові кошти – які надходять від програми медичних гарантій, платних послуг, державного бюджету, місцевого бюджету, гуманітарної допомоги, благодійної допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством України. На сьогодні лише мала частка платних послуг введена в дію. Усі інші проекти платних послуг знаходяться на розгляді фінансового відділу Сєверодонецької міської військово – цивільної адміністрації.

інформаційне забезпечення – включає в себе засоби масової інформації, наглядну агітацію, наявність та доступність до нормативно – правової бази що-

до надання якісних медичних послуг. Даний пункт Тріади Донабедіана у комунальному некомерційному підприємстві «Консультативно-діагностичний центр» Сєвєродонецької міської ради не працює взагалі. Незважаючи на те, що є інтернет сторінка та сторінка у Facebook – вони не просуваються, не рекламуються. Не друкується наглядна агітація та ін.

2) Індикатори якості технологій – це фактичне лікування, що пропонується хворому:

характер лікування – інформування пацієнта про призначене лікування – цей пункт передбачає ознайомлення пацієнта з лікуванням під особистий підпис. Не завжди лікарський персонал виконує такі вимоги.

повторні звернення – вони можуть бути у таких випадках: недолікований випадок; пацієнт залишився задоволеним від проведеного попереднього лікування та повернувся знову з іншим випадком; ускладнення – відносяться до ризиків без яких не можливе якісне лікування.

3) Індикатори якості результатів – це те, що відбувається з хворим у процесі лікування: результати лікування; вартість лікування; середня тривалість лікування; доступність лікування; безпека лікування; оптимальність лікування; задоволеність пацієнта. На виконання вимог за індикаторами якості на КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєвєродонецької міської ради більш менш прийнятий до виконання 7 критерій (задоволеність пацієнта). Процедури, які вводяться для його реалізації наведені вище.

Значимим елементом якості процесу медичної допомоги є стандартизація на оперативному рівні окремих операцій, яка проявляється у формуванні Описів стандартних операційних процедур (СОП) та матриць реалізації окремих процесів. На КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєвєродонецької міської ради виявлено дуже уповільнену стандартизацію внутрішніх операцій і процесів медичної допомоги. Причинам такого стану є: по-перше, дуже великі обсяги операцій та процесів, які вимагають документального оформлення; по-друге, відсутність методичного та рекомендаційного характеру щодо пояснень у формуванні відповідної документації на галузевому рівні; по-третє, відсутність у персоналу медичного закладу матеріальної зацікавленості та доброї во-

лі, а також брак часу для формування відповідної документації. Так, наприклад, лише для маніпуляційного (процедурного) кабінету мають бути стандартизовані такі операційні процедури» як: 1) порядок прибирання приміщень; 2) гігієнічна обробка рук; 3) хірургічна обробка обробка рук; 4) поводження з медичними відходами; 5) використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря; 6) очищення й дезінфекція поверхонь у зоні пацієнта; 7) алгоритм дій під час невідкладних станів та нещасних випадках; 8) алгоритм забора крові для біохімічних досліджень; 9) алгоритм поводження з лікарськими засобами та виробами медичного призначення; 10) алгоритм виконання підшкірної ін'єкції; 11) алгоритм виконання внутрішньо-м'язової ін'єкції; 12) алгоритм виконання внутрішньовенної ін'єкції; 13) алгоритм постановки інфузійної системи; 14) алгоритм використання ЗІЗ; 15) правила роботи з дезінфікуючими засобами.

Подальший поглиблений аналіз щодо встановлення цілей і цільових показників якості медичної допомоги та планування заходів з їх досягнення на КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради показав, що плани діяльності досліджуваних закладів відповідали задекларованим цілям їх функціонування, але носили узагальнений характер і не пов'язувались з основним інструментом управління якістю – стандартизацією власне діяльності, її результатів та системи, в якій надається медична допомога.

Діагностика застосування функцій управління та формування організаційної структури для досягнення цілей в сфері якості надання медичних послуг у КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради показала, що обраний підхід до децентралізації управління якістю шляхом покладання функцій «управління і контролю» на спеціально створені комітети або медичні ради у межах закладів охорони здоров'я не призвів до широкого залучення співробітників підприємства (використання потенціалу матричних внутрішніх утворень для досягнення цілей з забезпечення і поліпшення якості медичної допомоги не відбулося).

В цілому, у КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради функції управління не набули свого адекватного наповнення для виконання завдань з досягнення якості медичної допомоги, а отже, виявились не спроможними стати систе-

моутворюючим чинником для організаційної структури, відповідної потребам системи управління якістю.

Аналіз якості інформаційно-технічного забезпечення управлінської діяльності засвідчив, що керівництвом КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради недостатньо використовувалась зовнішня інформація (директивна та наукова), про що свідчила недосконалість цілепокладання в сфері якості медичної допомоги. Структура інформаційних повідомлень з власних джерел залишалась традиційною, побудованою на основі офіційної медичної статистичної інформації за обліково-звітними формами та обмеженими даними експертних оцінок лікувально-діагностичного процесу, а не на даних його моніторингу та інших видів діяльності (навчання персоналу, розробка внутрішніх стандартів, моніторинг і аналіз якості) за встановленими організаційними і клінічними індикаторами якості. Практично не набула свого розвитку започаткована в галузі діяльності з вдосконалення використання запроваджених технічних і програмних засобів забезпечення руху інформації.

Важливим чинником низької якості управлінських рішень слід також вважати недостатній професійно-освітній рівень з питань управління якістю медичної допомоги керівників закладів охорони здоров'я, їх заступників і осіб, зарахованих до резерву на керівні посади. Даний фактор не міг сприяти зацікавленості керівників у вдосконаленні управління, особливо в зв'язку з тим, що підходи до побудови системи управління якістю у кожному закладі охорони здоров'я потребують унікальних, оригінальних рішень з актуалізацією творчого потенціалу керівника і усієї управлінської команди. В умовах низького залучення співробітників до управління якістю медичної допомоги, низького рівня їх мотивації до праці, обмеженого ресурсного забезпечення та традиційної ролі керівника лише як виконавця рішень вищого рівня управління такі завдання виявились достатньо складними.

Таким чином, наступним кроком дослідження став пошук причин виявлених невідповідностей. Плани діяльності КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради відповідають задекларованим цілям їх функціонування, але носять узагальнений характер і не пов'язуються з основним інструментом управління які-

стю – внутрішньою стандартизацією операцій і процесів діяльності надання послуг з медичної допомоги. Діагностика застосування функцій управління та формування організаційної структури для досягнення цілей в сфері якості надання медичних послуг у КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради показала, що обраний підхід до децентралізації управління якістю шляхом покладання функцій «управління і контролю» на спеціально створені комітети або медичні ради у межах закладів охорони здоров'я не призвів до широкого залучення співробітників підприємства (використання потенціалу перехресних внутрішніх утворень для досягнення цілей з забезпечення і поліпшення якості медичної допомоги не відбулося). В цілому, у КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради функції управління не набули свого адекватного наповнення для виконання завдань з досягнення якості медичної допомоги, а отже, виявились не спроможними стати системоутворюючим чинником для організаційної структури, відповідної потребам системи управління якістю. Аналіз якості інформаційно-технічного забезпечення управлінської діяльності засвідчив, що керівництвом КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради недостатньо використовувалась зовнішня інформація, про що свідчила недосконалість цілепокладання в сфері якості медичної допомоги.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради є амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я, який надає вторинну (спеціалізовану) допомогу дорослому та дитячому населенню міста Сєверодонецька, прилеглих селищ та в цілому жителям України. Засновником, власником та вищим органом управління КНП «Консультативно-діагностичний центр» є Сєверодонецька міська рада, яка через військово-політичну ситуацію, на сьогодні має форму міської військово-цивільної адміністрації Сєверодонецького району Луганської області. У 2021 році КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради уклало договори з національною службою України про медичне обслугову-

вання населення за пакетами: 1) «Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)»; 2) «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)»; 3) «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії». Головним джерелом надходження коштів на фінансування КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради міститься є Програма медичних гарантій, яку реалізує НСУ. Крім того, 16% загальної суми надійшло з бюджету місцевого самоврядування м. Сєверодонецьк. Фінансування цільових на КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради програм здійснюється за рахунок Державного бюджету України. Кошти на реабілітацію інвалідів, інсулінозалежних пацієнтів виділяються місцевим бюджетом. У 2021 році кабінет «Довіра» отримує значну гуманітарну підтримку у порівнянні з минулими роками, що значно зменшує навантаження на місцевий бюджет.

Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис. У межах зовнішньої організаційно-управлінської структура з метою реалізації державних та регіональних програм у сфері охорони здоров'я КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради підпорядковується Міністерству охорони здоров'я України, Департаменту охорони здоров'я у складі Луганської обласної військово-цивільної адміністрації та Управлінню охорони здоров'я Сєверодонецької міської військово-цивільної адміністрації. Оперативне управління комунальним некомерційним підприємством «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради здійснюється генеральним директором.

Отримані результати дослідження в частині недостатності професійного рівня керівників закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги; не повної задоволеності представників відвідувачів-пацієнтів отриманими ними послугами з медичної допомоги; не повної задоволеності лікарів сімейної медицини та спеціалістів професійною діяльністю; виявлення стану внутрішньої стандартизації окремих медичних операцій і процесів засвідчили, що виявлені

недоліки є значними і носять системний характер.

Саме тому наступним кроком дослідження став пошук причин виявлених невідповідностей. Плани діяльності КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради відповідають задекларованим цілям їх функціонування, але носять узагальнений характер і не пов'язуються з основним інструментом управління якістю – внутрішньою стандартизацією операцій і процесів діяльності надання послуг з медичної допомоги. Діагностика застосування функцій управління та формування організаційної структури для досягнення цілей в сфері якості надання медичних послуг у КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради показала, що обраний підхід до децентралізації управління якістю шляхом покладання функцій «управління і контролю» на спеціально створені комітети або медичні ради у межах закладів охорони здоров'я не призвів до широкого залучення співробітників підприємства (використання потенціалу перехресних внутрішніх утворень для досягнення цілей з забезпечення і поліпшення якості медичної допомоги не відбулося). В цілому, у КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради функції управління не набули свого адекватного наповнення для виконання завдань з досягнення якості медичної допомоги, а отже, виявились не спроможними стати системоутворюючим чинником для організаційної структури, відповідної потребам системи управління якістю. Аналіз якості інформаційно-технічного забезпечення управлінської діяльності засвідчив, що керівництвом КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради недостатньо використовувалась зовнішня інформація, про що свідчила недосконалість цілепокладання в сфері якості медичної допомоги. Структура інформаційних повідомлень з власних джерел залишалась традиційною, побудованою на основі офіційної медичної статистичної інформації за обліково-звітними формами та обмеженими даними експертних оцінок. Важливим чинником низької якості управлінських рішень слід також вважати недостатній професійно-освітній рівень з питань управління якістю медичної допомоги керівників закладів охорони здоров'я, їх заступників і осіб, зарахованих до резерву на керівні посади.

РОЗДІЛ 3

ПРОПОЗИЦІЇ ПО ВДОСКОНАЛЕННЮ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Виділення основних кроків побудови ефективної системи управління якістю у закладах охорони здоров'я

Розширене поняття якості, яке ґрунтується на діагностиці досконалості системи управління закладом в цілому та процесів операційної діяльності зокрема, націлене на самовдосконалення та задоволення існуючих потреб учасників ринку медичних послуг, сприймається вже не як окремий критерій кінцевого продукту, а загалом як ціль функціонування медичного закладу. Тож, удосконалення системи управління якістю у закладах охорони здоров'я є одним із головніших завдань. Його слід починати, згідно з вимогами міжнародних і гармонізованих з ними вітчизняних стандартів, із планування показників якості; бажано, щоб вони були переважно кількісними. Враховуючи п'ять сучасних стратегій забезпечення якості системами охорони здоров'я, визначених ВООЗ (тобто спрямування відповідних заходів на медичних працівників, на організації медико-санітарної допомоги, на медичні препарати і технології, на пацієнтів, на організації, що фінансують медичні заклади), саме відповідно до стратегічних напрямів діяльності медичного закладу слід формувати планові показники якості. Важливою вимогою до показників є їх декомпозиція на всі рівні управління [20].

Просування управління на основі якості у сферу медичних послуг має супроводжуватися, зменшенням вартості цих послуг унаслідок оптимізації процесів їх організації, надання та контролювання, що підкреслюється в меморандумах ISO [26]. Основними міжнародними інструментами управління якістю можуть послуговувати: ліцензування медичної практики; акредитація закладів охорони здоров'я; стандартизація лікувально-діагностичного процесу; сертифікація на відповідність національним стандартам на системи управління якістю

ДСТУ ISO серії 9000 версії 2000 р.; міжнародні, європейська і національні премії з якості [10, 12, 40].

Удосконалена система управління якістю має стати ефективною моделлю управління. Серед основних переваг від її реалізації можна відмітити: 1) іміджеві ознаки (підвищення конкурентоспроможності клініки; зміцнення іміджу клініки у населення та у професійних колах; збільшення довіри з боку страхових компаній під час оформлення відповідних договорів зі страхування; отримання конкурентних переваг під час участі у тендерах; збільшення довіри з боку інвестиційних компаній); 2) внутрішні удосконалення (поліпшення керованості клініки шляхом чіткого розподілу повноважень та відповідальності персоналу; підвищення мотивації персоналу; забезпечення прозорості внутрішніх процесів; постійне підвищення компетентності персоналу; оптимізація документообігу клініки; безперервне поліпшення діяльності клініки); 3) успішна діяльність в цілому (поліпшення якості медичних послуг, що надаються; підвищення результативності й ефективності діяльності та скорочення витрат на медичну допомогу; підвищення виробничої та фінансової дисципліни; можливість укладання довготривалих відносин із постачальниками) [13]

При побудові системи менеджменту якості можна виокремити такі кроки (табл. 3.1).

Усвідомлення «лідерства». Керівнику важливо усвідомити, що він впроваджує не «сертифікат або ж стандарт ISO 9001», а систему менеджменту якості, яка охоплює всі процеси в медичному закладі. Тому це стосується всіх, насамперед керівника. При цьому керівник не знаходиться зовні системи, а є її важливим (центральною) елементом. Тому він має з самого початку ставитися до розробки, впровадження, а потім – до функціонування системи управління якістю як до найважливішого, стратегічного завдання підприємства і завжди тримати руку на пульсі. Політика якості. Будуючи систему управління якістю, кожна організація ставить перед собою цілі у сфері якості. Цілі та підхід до їх реалізації варто оформити в документ «Політика якості». При цьому керівник-лідер забезпечує розуміння цієї політики, її проведення і впровадження на всіх

рівнях медичного закладу, тобто навчає своїх співробітників і дає приклад дотримання цілей та цінностей організації [51].

Таблиця 3.1

Кроки побудови ефективної системи управління якістю у медичних закладах

Крок	Опис
Усвідомлення «лідерства»	Керівнику важливо усвідомити, що він впроваджує систему менеджменту якості, яка охоплює всі процеси в медичному закладі. Керівник-лідер забезпечує розуміння політики управління якістю, її проведення і впровадження на всіх рівнях медичного закладу, тобто навчає своїх співробітників і дає приклад дотримання цілей та цінностей організації. Цілі та підхід до їх реалізації рекомендується оформити в документ «Політика якості».
Зміни в організаційній структурі	Важливо визначити особу (або відділ, якщо заклад великий), які будуть займатися підтримкою функціонування і постійним удосконаленням системи управління якістю. Персонал закладу має усвідомлювати свою роль та місце в системі. Одним з принципів управління якістю є залучення персоналу до управління якістю через створення груп якості. В управлінні якістю мають бути задіяні представники всіх ланок закладу. Важливо проводити навчання персоналу щодо процесів та змін, які мають вплив на покращення якості.
Опис процесів операційної діяльності	Важливо відтворити схеми основних процесів, їх власників (відповідальних осіб) та параметри (показники), які характеризують їхню результативність (ступінь реалізації запланованої діяльності) і ефективність (співвідношення між досягнутим результатом і витраченими ресурсами). Перебіг таких процесів може бути як послідовним (завершення одних є початком інших), так і паралельним (процеси протікають одночасним). Фіксація та аналіз цих параметрів дозволяють управляти на основі реальної інформації про стан окремих процесів та системи загалом. При виявленні проблемних місць у діяльності медичного закладу плануються заходи для їх усунення.
Оновлення документообігу	Налагоджена система розробки, затвердження, погодження, поширення зовнішніх і внутрішніх нормативних документів (наказів, порядків, інструкцій, політик та ін.), а також документів, що стосуються стандартизації та опису основних (клінічних і організаційних) та допоміжних процесів. Прикладом таких документів є: опис стандартних медико-діагностичних процедур, матриці опису клінічних та організаційних процесів, клінічні маршрути та інші різні настанови медичного закладу.
Організація ризик-менеджменту	Зусилля керівництва медичного закладу мають бути спрямовані на відвернення ризикових ситуацій, з якими пов'язано надання медичних послуг. Для цього слід розробити порядок реагування на дефекти послуг (порядок дій та коригувальні дії) для персоналу, задіяного у наданні послуги, або відповідального за якість у закладі, або задіяного у контролі якості. Також застосовується практика проведення внутрішніх та зовнішніх аудитів. Аудит є частиною моніторингу, в ході якого стає можливим виявлення потенційних або реальних ризикових ситуацій.
Забезпечення зворотного зв'язку з клієнтом	Зворотний зв'язок є важливим елементом залучення користувача послуги до управління якістю в медичному закладі. Для цього використовуються такі інструменти, як анкетування та скарги. Постійний збір зворотного зв'язку та його систематичний аналіз допоможуть виявити прогалини, не помічені закладом, і краще розуміти потреби клієнта, щоб наступні пропозиції від медичного закладу були ще більш ціннісними. Застосовування «зворотного зв'язку» у системі управління якістю дозволяє в оперативному режимі виявляти невідповідності (дефекти) у системі.

Виходячи із загальноприйнятого уявлення про стратегію як модель дій для досягнення довгострокових цілей, перше, що повинен зробити керівник медичного закладу після прийняття рішення про створення та впровадження система управління якістю згідно з вимогами ДСТУ ISO 9001:2009, – визначити та довести до всього персоналу мету даної роботи. Часто для керівників медичного закладу метою є лише отримання сертифіката про впровадження системи управління якістю, що підтверджує відповідність системи управління якістю вимогам ДСТУ ISO 9001:2009. У постановці такої мети немає нічого неприйнятнього, оскільки стандарти серії ISO були прийняті світовою спільнотою передусім як універсальні критерії для всіх видів діяльності (виробництва, надання послуг), за якими для медичного закладу може бути оцінена здатність надавати медичні послуги стабільної якості, що відповідає вимогам пацієнтів та інших зацікавлених сторін. Але орієнтованість керівника медичного закладу лише на отримання сертифіката без постановки більш значущих завдань робить стратегію впровадження вимог стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 поверхневою (стратегією вкрай обмеженого результату). Найчастіше така стратегія породжує формальний характер впровадження вимог ДСТУ ISO 9001:2009 і, як наслідок, розчарування в доцільності загальної системи управління якістю. Такі медичні заклади не зможуть отримати очікуваний ефект від впровадження вимог ДСТУ ISO 9001:2009 [20, 21].

Єдиної для всіх стратегії впровадження вимог ДСТУ ISO 9001:2009 не існує. Кожна організація є унікальною, і вибір стратегії залежить від багатьох факторів. Ефективною є стратегія, за якої створення системи управління якістю, що відповідає вимогам ДСТУ ISO 9001:2009, вбудовується в процес поліпшення діяльності установи на довгостроковій основі. Управління якістю процесів здійснюється циклічно за певними етапами та називається циклом Демінга. Цикл Демінга містить: планування, виконання, перевірку, дії з поліпшення. Система управління якістю повинна бути націлена на задоволення потреб пацієнтів та інших зацікавлених сторін [20].

Організаційна структура. Важливо визначити особу (або відділ, якщо заклад великий), які будуть займатися підтримкою функціонування і постійним

удосконаленням системи управління якістю. Персонал закладу має усвідомлювати свою роль та місце в системі. Варто сформулювати чіткі й зрозумілі зв'язки, підзвітність персоналу, структурних підрозділів та відділів. Кожен працівник повинен знати та усвідомлювати свої обов'язки й відповідальність, умови взаємодії та взаємозаміни. Одним з принципів управління якістю є залучення персоналу до управління якістю через створення груп якості. Важливо пам'ятати, що якість – комплексне поняття, що клієнт не буде повністю задоволений, якщо він отримає якісну консультацію у лікаря, але для запису на прийом витратить годину свого часу. Тому в управлінні якістю мають бути задіяні представники всіх ланок закладу. Важливо проводити навчання персоналу щодо процесів та змін, які мають вплив на покращення якості. Тому медичний заклад забезпечує та сприяє постійному безперервному процесу навчання не тільки за професійними темами, а й за компетенціями (наприклад, щодо консультування, комунікації, партнерської взаємодії з клієнтом та ін.) [51].

Опис процесів. Коли визначено цілі у сфері якості та вимоги до системи управління якістю в закладі, коли персонал усвідомлює свою важливість і вплив, варто відтворити схеми основних процесів та параметри, які характеризують їхню результативність і ефективність. Перебіг таких процесів може бути як послідовним (завершення одних є початком інших), так і паралельним (процеси протікають одночасним). Разом зі схемою процесів визначаються відповідальність (власників процесів) і параметри цих процесів. Такі параметри можуть характеризувати результативність (ступінь реалізації запланованої діяльності) або ефективність процесу (співвідношення між досягнутим результатом і витраченими ресурсами). Фіксація та аналіз цих параметрів дають змогу управляти на основі реальної інформації про стан окремих процесів та системи загалом, а не загальноприйнятих «припущень» чи «інтуїції» тощо. При виявленні проблемних місць у діяльності медичного закладу плануються заходи для їх усунення [51].

Документообіг. Налагоджена система розробки, затвердження, погодження, поширення зовнішніх і внутрішніх нормативних документів (наказів, порядків, інструкцій, політик та ін.), а також документів, що стосуються опису

основних (клінічних і організаційних) та допоміжних процесів. У персоналу повинен бути вільний та зручний доступ до таких документів медичного закладу, система ознайомлення з ними. І це стосується не лише опису організаційних процесів, а й опису клінічних процесів. Тому окремим і важливим елементом опису процесів є розробка й запровадження клінічних маршрутів та настанов у медичному закладі (як елемента доказової медицини) для забезпечення якості медичної складової послуги. Відповідно, слід розробити порядок затвердження маршрутів закладом та порядок ознайомлення персоналу з ними [51].

Ризик-менеджмент. Медична послуга пов'язана з ризиками. Більшість цих ризиків ми знаємо і можемо їм запобігти, розробивши порядок дій. Зусилля всього персоналу медичного закладу повинні бути спрямовані на відвернення ризикових ситуацій, персонал повинен бути ознайомлений з інструкціями та порядком дій у таких ситуаціях. Для належного реагування на невідповідні послуги слід розробити порядок реагування на дефекти послуг (порядок дій та коригувальні дії) для персоналу, який безпосередньо надає послуги, і тих, хто здійснює аудит або є відповідальним за якість тощо. Також застосовується практика проведення внутрішніх та зовнішніх аудитів. Аудит не є ризик-менеджментом, це частина рутинного моніторингу, проте він може допомогти виявити потенційні або реальні ризикові ситуації. Особи, відповідальні за проведення аудиту, знають цілі медичного закладу щодо якості та можуть пропонувати коригувальні дії [51].

Зворотний зв'язок із клієнтом. Важливий елемент залучення самого споживача послуги до управління якістю в медичному закладі. Для цього можна використовувати такі інструменти, як анкетування та скарги. Постійний збір зворотного зв'язку та його систематичний аналіз допоможуть виявити прогалини, не помічені закладом, і краще розуміти потреби клієнта, щоб наступні пропозиції від медичного закладу були ще більш ціннісними [51]. Застосовування моніторингу, вимірювань і оцінки всіх процесів як «зворотного зв'язку» у системі управління якістю дозволяє в оперативному режимі виявляти невідповідності (дефекти) у системі.

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 9001:2009. Діагностування системи управління якістю націлене на визначення необхідності внесення в діючу систему якості конкретних 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 [20].

Ще одним моментом в удосконаленні система управління якістю мають стати результати діагностики впливів чинників зовнішнього середовища і внутрішніх потенційних можливостей медичних установ до виконання нових завдань в сфері якості (SWOT -аналіз) (табл. 3.2) [1, 2, 6, 35].

Таблиця 3.2

Результати SWOT-аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища
закладів охорони здоров'я [5]

Зовнішнє середовище	
Можливості розвитку	Загрози
<p>1. Політичні: 1.1. Реформування галузі охорони здоров'я. 1.2. Розвиток приватного сектору медичних послуг.</p> <p>2. Економічні - відсутні.</p> <p>3. Соціальні - відсутні.</p> <p>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. Запроваджена модель забезпечення якості медичної допомоги А. Донабедіана. 4.6. Створена організаційна структура моделі забезпечення якості медичної допомоги.</p>	<p>1. Політичні: 1.1. Часті зміни правлячих партій. 1.2. Часті зміни керівництва галузі. 1.3. Посилення державного регулювання якості медичної допомоги.</p> <p>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.</p> <p>3. Соціальні. 3.1. Погіршення медико-демографічної ситуації. 3.2. Зростання вимог до якості медичної допомоги.</p> <p>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. 4.5. Модель забезпечення якості медичної допомоги А. Донабедіана є сталою, забезпечує функціонування лікувально-діагностичного процесу, а не поліпшення його якості. 4.6. Організаційна структура моделі забезпечення якості медичної допомоги не спрямована на широке залучення співробітників до управління якістю.</p>

Внутрішнє середовище	
Сильні сторони	Слабкі сторони
<ol style="list-style-type: none"> 1.Наявність висококваліфікованих медичних кадрів. 2.Наявні інфраструктура і робоче середовище. 3.Створена у закладі охорони здоров'я база знань і інформації («власні джерела»). 4.Трудовий потенціал (здібності медичного персоналу до навчання, засвоєння і використання нових лікувально-діагностичних і організаційних технологій). 5.Управлінський потенціал (здібності керівництва до навчання, засвоєння і використання нових управлінських технологій). 6.Потенціал раціонального витрачання наявних ресурсів усіма співробітниками. 7.Інформаційний потенціал (можливості вдосконалення інформаційного забезпечення прийняття управлінських рішень з поліпшення якості і засобів автоматизації інформаційного обігу на локальному рівні). 8.Можливості підвищення рівня матеріальної і нематеріальної мотивації співробітників до якісної праці. 9.Можливості формалізації взаємодії з партнерами – постачальниками медичних технологій. 10.Можливості покращити зовнішню і внутрішню координацію діяльності. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Недосконалість процесу встановлення цілей в сфері якості відповідно до її компонентів. 2. Відсутність організаційної структури, спроможної підтримувати адекватне інформаційне забезпечення прийняття управлінських рішень з поліпшення якості 3. Обмежені кадрові, фінансові, матеріально-технічні, інформаційні, технологічні ресурси, засоби автоматизації руху інформації. 4. Недосконале управління лікувально-діагностичним процесом та процесами ресурсного забезпечення. 5. Неформальна інтеграція з партнерами – постачальниками медичних технологій. 6. Низький рівень організації післядипломного навчання на робочих місцях з питань якості медичної допомоги. 7. Нераціональне витрачання наявних обмежених ресурсів, у тому числі, залучених власних коштів громадян. 8. Відсутнє широке залучення співробітників до управління якістю медичної допомоги. 9. Низький рівень мотивації співробітників до якісної праці. 10. Низький рівень впровадження інновацій у організацію медичної допомоги. 11. Низький рівень зовнішньої і внутрішньої координації діяльності

Аналіз основних внутрішніх факторів засвідчив не лише проблеми ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, але й наявний потенціал їх усунення шляхом розробки і слідування стратегіям орієнтації на пацієнта як партнера у лікувально-діагностичному процесі, цільове безперервне навчання співробітників і керівників закладів охорони здоров'я, економію і раціональне витрачання ресурсів, більш глибоку інтеграцію у територіальний медичний простір, розширення спектру нематеріальних чинників мотивації персоналу до якісної праці і, по можливості, його матеріального заохочення. Незважаючи на переважання зовнішніх загроз для закладів охорони здоров'я над можливостями їх розвитку, складові внутрішнього потенціалу виступають сильними сторонами, спроможними виконувати завдання в сфері якості за умови їх реалізації в рамках ефективної моделі системи управління якістю. В основу останньої доці-

льно покладати модель міжнародних стандартів на систему управління якістю ISO 9001:2008 та / або відповідну вітчизняну модель ДСТУ ISO 9001:2009, гармонізовану з міжнародними, яка призначена для розробки політики і цілей стосовно якості та засобів їх досягнення [5].

Таким чином, стандартизація організаційних технологій на основі Міжнародних стандартів ISO серії 9000 та їх вітчизняних аналогів дасть змогу виконати керівнику медичного закладу 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 і 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 невідповідностей у процесах; дотримання циклу постійного поліпшення процесів навіть за умови досягнення запланованого рівня якості. Удосконалена система управління якістю надає істотні переваги для організації роботи як крупних лікарень, так і невеликих медичних центрів. Ці переваги насамперед стосуються якості управління та раціональної координації робіт але головною функціональною перевагою є істотне покращання якості надання медичної допомоги без суттєвого підвищення її вартості, адже всі процедури продумані до дрібниць та задокументовані, кожний працівник досконало знає свої обов'язки та чітко їх виконує, а тому навіть у найбільш критичних ситуаціях працівники завжди готові знайти правильне рішення. І це є однією із переваг та особливостей системи управління якістю – розв'язувати проблеми ще до їх появи. Крім того, такий підхід дає змогу істотно підвищити ефективність надання медичної допомоги, що для нашої країни є одним із болісних та актуальних питань соціальної політики. При побудові нової вдосконаленої системи менеджменту якості можна виокремити такі кроки: 1) усвідомлення «лідерства»; 2) зміни в організаційній структурі; 3) опис процесів; 3) оновлення документообігу; 4) організація ризик-менеджменту; 5) забезпечення зворотного зв'язку із клієнтом.

3.2. Зміна моделі системи управління якістю медичної допомоги у комунальному закладі охорони здоров'я та формування політики цієї сфери

Основою для формування ефективної системи управління якістю у закладах медичної допомоги є Національний стандарт ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) – «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я», де визначаються основні аспекти якості для медичного закладу незалежно від розміру, форм власності та переліку послуг, що надаються. До аспектів якості відносять: належна правильна допомога, доступність, безперервність, дієвість (результативність обраних методів тощо), ефективність (співвідношення результату і вкладених ресурсів), рівність, використання доказової медицини, пацієнт-орієнтованість (включаючи фізичну, психологічну та соціальну складові життя пацієнта), залученість пацієнта, безпека, часові рамки.

Грунтуючись на принципах управління якістю Національного стандарту ДСТУ EN 15224:2019, як то, орієнтованість на замовника; лідерство; задіяність персоналу; процесний підхід; удосконалення; прийняття рішень на підставі фактичних даних; управління взаємовідносинами, керівництву медичного закладу пропонується сформувати «Політику у сфері якості медичної допомоги», у якій будуть задекларовані загальні наміри та напрями діяльності закладу охорони здоров'я у сфері якості, а також прийняття своєї відповідальності за якість медичної допомоги, як вищої цінності для пацієнта та інших зацікавлених у якості сторін. Пропонований варіант «Політики у сфері управління якістю медичної допомоги» для КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради» подано у Додатку А.

За принципом «лідерство» зі сформованої політики має бути зрозумілим, що керівництво закладу бере на себе зобов'язань бути лідером, який орієнтує увесь персонал на якісне виконання професійних функцій. Політика у сфері управління якістю медичної допомоги має бути деталізованим і узгодженим з усіма напрямками діяльності закладу охорони здоров'я. Заявлені у Політиці напрями визначають медичний заклад як центр перетину інтересів у сфері якості медичної допомоги, які мають бути дотримання під час її реалізації у поточній

та довгостроковій перспективі. Тож, головним напрямком діяльності у Політиці визначено постійне поліпшення якості медичної допомоги для задоволення потреб усіх зацікавлених у ній сторін.

Як правило, політика у сфері управління якістю медичної допомоги проголошує загальні (основні) наміри закладу та його керівництва щодо якості, основні напрями політики у сфері якості та способи їх реалізації у закладі. Така політика має декларувати захист як інтересів усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін – співробітників і керівництва закладу, власника медичного закладу (органу місцевого самоврядування – Сєверодонецької міської ради) , вищих органів управління у сфері охорони здоров'я, партнерів (інших закладів охорони здоров'я, громадських організацій, страхових компаній, закладів і установ-постачальників ресурсів). Її положення мають бути сформовані відповідно до цілей розвитку медичного закладу у поточній і довгостроковій перспективах.

Крім того, політика у сфері управління якістю медичної допомоги: відповідає головній місії медичного закладу; дає основні напрями діяльності закладу у сфері забезпечення якості медичної допомоги; створює основу для встановлення і перегляду цілей у сфері якості медичних послуг; демонструє прихильність вищого керівництва закладу до дотримання якості медичної допомоги; є базою для отримання видимих результатів у сфері якості; у її реалізації мають бути задіяний широке коло персоналу закладу, якому положення політики є цілком зрозумілим, її напрями прийнятними; політика піддається регулярній оцінці з метою її адаптації до мінливих умов.

Політика у сфері управління якістю медичної допомоги декларує застосування введенню процесного підходу під час розробки, впровадження та підвищення ефективності системи управління якістю задля зростання задоволеності замовників виконанням їхніх вимог. Процесний підхід у сфері охорони здоров'я треба застосовувати, зосереджуючись на клінічних процесах. Управлінські та допоміжні заходи, що впливають на клінічні процеси, безпосередньо орієнтовані на замовника, також має бути залучено до процесного підходу до системи управління якістю [9].

Застосування процесного підходу в системі управління якістю дозволяє: 1)

розуміння і послідовне виконання вимог; 2) розглядання процесів з точки зору доданої цінності: «додана цінність у клінічних процесах – це позитивний вплив на стан здоров'я пацієнта»; 3) досягнення ефективного виконання процесів; 4) удосконалення процесів на основі оцінювання даних та інформації [9].

Найчастіше всі види діяльності, визначені як процеси, є сукупністю паралельних та/або послідовних робіт. Позитивні сторони підходу: 1) спрощення багаторівневих ієрархічних структур, створення горизонтальних структур управління на основі процесів; 2) спрощення обміну інформацією між різними підрозділами; 3) у кожного процесу є «хазяїн», тобто відповідальний, тому якість процесів та результатів зростає; 4) усунення відособленості підрозділів та посадових осіб, виявлення «нічийних» ділянок процесів (без «власника»); 5) зменшується навантаження на керівника, бо деякі функції управління покладено на «власника» процесу; 6) управління процесами краще контролює витрати ресурсів і час виконання процесу [51].

У будь-якому медичному закладі, у тому числі і на досліджуваному КНП, безліч процесів, які характеризують його операційну діяльність: клінічні, сервісні, управлінські, організаційні та ін. Для налагодження якісного перебігу кожного операційного процесу (основного або додаткового) у дипломній роботі пропонується застосувати накладений робочий цикл процесів завдяки методу PDCA (цикл Демінга–Шухарта). PDCA розшифровується як Plan–Do–Check–Act («Плануй–роби–перевірай–дій»). Цей метод може бути застосований для одного процесу, для групи процесів, для системи процесів.

Цикл PDCA передбачає узгоджене виконання всіх етапів діяльності у певній послідовності [9, 51]:

1) плануй: установлюй цілі системи та її процеси, а також ресурси, потрібні для отримання результатів відповідно до вимог замовників і політик організації, а також виявляй та реагуй на ризики та можливості;

2) виконуй: упроваджуй те, що заплановано;

3) перевіряй: здійснюй моніторинг і, де це можливо, вимірюй процеси та отримані в результаті продукцію та послуги, зважаючи на політики, цілі, вимоги та заплановані роботи, а також звітуй про результати.

4) дій: уживай заходів для вдосконалення дієвості, за потреби.

Зазначені етапи реалізуються власниками операційного процесу, які одночасно є керівниками структур закладу різного рівня, що відповідають за досягнення результатів певного процесу, виконують управлінські функції (планування, контроль виконання й своєчасне коригування) процесу, займаються його підтримкою, подальшим розвитком, удосконаленням якості продукту процесу (послуги з медичної допомоги).

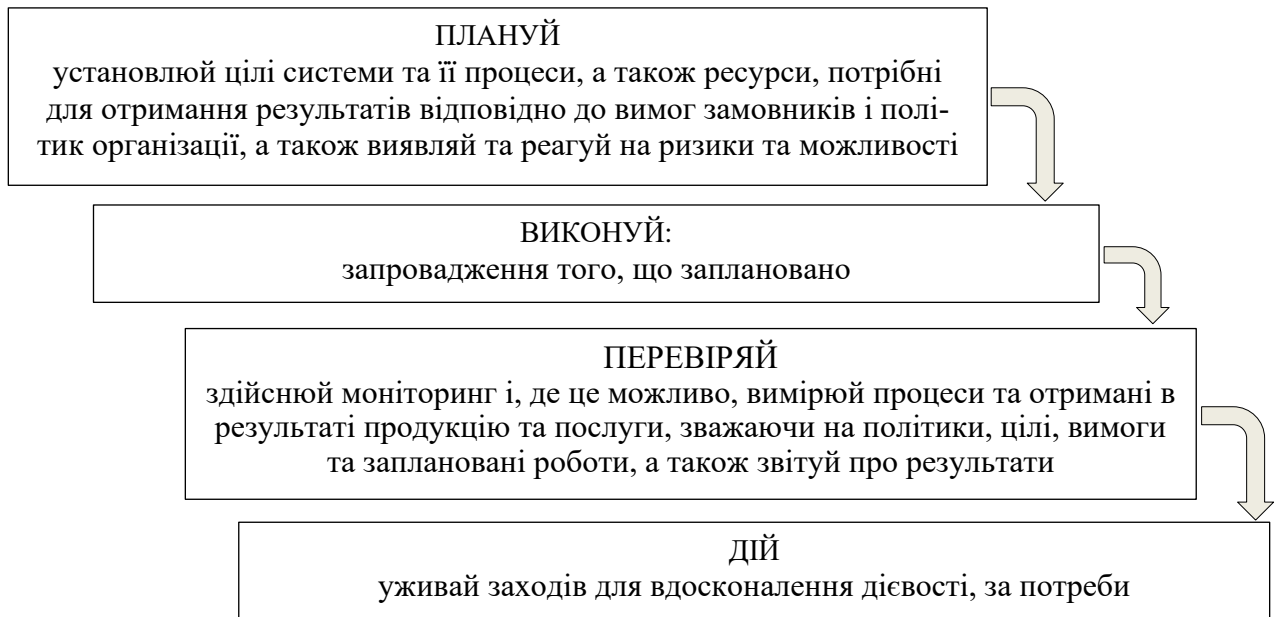


Рис. 3.1. Підвищення якісного перебігу операційних процесів медичного закладу за допомогою накладеного робочого циклу процесів за методом PDCA (цикл Демінга–Шухарта) «Плануй–роби–перевірй– дій»

Політика закладу у сфері управління якістю медичної допомоги передбачає встановлення критеріїв, які покривають аспекти якості (усі або частково). До того ж кожний критерій може бути уточненим за допомогою планових індикаторів якості, приклад яких подано у табл. 3.3.

Надалі критерії і показники якості можуть бути деталізовані залежно від рівня управління та відповідно до системи процесів, які виділяються у закладі.

Саме на основі результатів вимірювань і визначенні фактичних показників процесів можна оцінювати результативність і ефективність діяльності, що дозволить встановити, наскільки виявились досягнутими задекларовані цілі в сфері якості на стратегічному, тактичному і оперативному рівнях управління [5].

**Приклад критеріїв і показників якості медичної допомоги, відповідно до
аспектів якості згідно ISO 9001:2015 [5, 9]**

Цілі	Критерії досягнення цілей	Планові індикатори якості
Доступність	1) Забезпечення медичними кадрами. 2) Забезпечення діагностичним обладнанням і апаратурою. 3) Забезпечення лікарськими засобами і виробами медичного призначення. 4) Забезпечення медико-технологічними документами. 5) Взаємодія з закладами охорони здоров'я – постачальниками медичних технологій, страховими компаніями, іншими установами – постачальниками ресурсів. 6) Віддаленість розташування закладу охорони здоров'я від районів заселення потенційних споживачів	1) Відсоток укомплектованості штатних посад фізичними особами – не менше 95,0%. 2) Кількісна відповідність внутрішньої медико-технологічної документації галузевим вимогам, затвердженим МОЗ України – не менше 1. 3) Кількісне співвідношення локальних і галузевих стандартів до нормативних документів – не менше 1. 4) Рівень забезпечення діагностичними технологіями – 95,0% від потреби. 5) Рівень забезпечення лікарськими засобами (для стаціонарів, пільгових контингентів населення) – 95,0% від потреби. 6) Кількість угод, укладених з метою постачання ресурсів (не менше, ніж кількість відсутніх технологій і ресурсів). 7) Відсоток укомплектованості структурних підрозділів обладнанням відносно табелю оснащення – 95,0%.
Своєчасність	1) Встановлення порядку взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я. 2) Забезпечення засобами зовнішнього і внутрішнього електронного, телефонного, селекторного зв'язку. 3) Забезпечення транспортними засобами. 4) Забезпечення комп'ютерними технологіями і технічними засобами їх використання.	1) Відсоток хворих з показаннями до направлення на інші рівні / етапи медичної допомоги, скерованих у нормативно встановлені терміни – 95,0%. 2) Тривалість доопераційного ліжко-дня для планових хворих (показник). 3) Термін приїзду карети екстреної медичної допомоги до місця події з моменту надходження виклику 10/20 хв. 4) Відповідність АРМ лікаря чисельному складу лікарів. 5) Термін приїзду карети екстреної медичної допомоги до місця події з моменту надходження виклику 10/20 хв.
Безпека	1. Акредитація закладу. 2) Виконання вимог локальних стандартів медичної допомоги / нормативних документів. 3) Постійне підвищення рівня професійної підготовки медичних працівників.	1) Ліцензія, акредитаційна категорія. 2) Відсоток обсягу використання лікарських засобів від рекомендованого переліком – 95,0%. 3) Відсоток використання рекомендованих локальними стандартами діагностичних технологій – 95,0%. 4) Відсоток атестованих медичних працівників – 95,0%. 5) Позитивна динаміка числа випадків внутрішньо-лікарняних інфекцій. 6) Позитивна динаміка числа випадків заносу інфекційних захворювань до закладу охорони здоров'я. 7) Позитивна динаміка числа випадків післяопераційних ускладнень. 8) Позитивна динаміка числа професійних захворювань медичних працівників
Результативність	1) Стан здоров'я цільової групи населення (клінічна якість). 2) Рівень / індекс задоволеності пацієнтів медичними обслуговуванням (сервісна якість). 3) Рівень / індекс задоволеності медичних працівників професійною діяльністю. 4) Побічні наслідки, дефекти медичних втручань. 5) Частота побічних дій лікарських засобів.	1) Позитивна динаміка показників захворюваності, поширеності захворювань, первинної інвалідності, смертності, лікарняної летальності. 2) Позитивна динаміка негативних наслідків, дефектів медичних втручань. 3) Показник охоплення профілактичними щепленнями контингентів, що підлягають щепленням, - 95,0%. 4) Відсоток виявлення випадків туберкульозу в занедбаних стадіях. 5) Відсоток пацієнтів з показаннями до реабілітаційної допомоги, які отримали курс лікування відповідно до програми реабілітації – 95%. 6) Повнота охоплення диспансерним наглядом хворих – 95,0%. 9. Відсоток пацієнтів з больовим синдромом, яким було забезпечено контроль над болем – 95,0%. 7) Рівень задоволеності пацієнтів медичною допомогою – 9,5 балів за 10-бальною шкалою. 8) Позитивна динаміка числа скарг громадян на медичне обслуговування. 9) Рівень задоволеності медичних працівників професійною діяльністю – 9,5 балів за 10-бальною шкалою

Цілі	Критерії досягнення цілей	Планові індикатори якості
Справедливість	1) Дотримання прав людини на медичну допомогу. 2) Дотримання прав пацієнта. 3) Залучення пацієнтів, громадських організацій пацієнтів до діяльності в сфері управління якістю медичної допомоги на галузевому рівні. 4) Забезпечення розвитку системи соціального захисту медичних працівників.	1) Відсоток пацієнтів, від яких отримана поінформована згода на медичне втручання – 100%. 2) Відсоток пацієнтів, від яких отримана згода на обробку персональних даних – 100%. 3) Відсоток пацієнтів, які отримують медичну допомогу у закладі, не за територіальним принципом обслуговування – %. 4) Наявність представництва пацієнтів у медичній раді закладу – кількість осіб. 5) Обсяг заохочувальних виплат співробітникам з метою мотивації до якісної праці. 6) Обсяг заохочувальних виплат співробітникам за участь в управлінні якістю медичної допомоги у закладі – 5%
Економічна ефективність	1) Відповідність обсягу ресурсних витрат на медичну допомогу економічно обґрунтованим нормативам і потребам населення. 2) Виконання вимог локальних нормативних документів медичної допомоги.	1) Норматив обсягу витрат на надання медичної допомоги хворим за нозологічними формами (найбільш актуальними). 2) Відсоток обсягу використання лікарських засобів від рекомендованого формулярним переліком – 95,0%. 3) Відсоток використання рекомендованих локальними стандартами діагностичних технологій – 95,0%. 4) Тривалість перебування на лікарняному ліжку (за найбільш актуальними нозологіями) – днів, амбулаторного лікування (за найбільш актуальними нозологіями) – днів.

Запропонована за результатами дослідження схема взаємозв'язку політики, стратегічних цілей, діяльності на тактичному і оперативному рівнях з показниками цієї діяльності та показниками якості управління нею на рівні основних та допоміжних процесів представлена на рис. 3.2 [5].

Визначення процесів операційної діяльності медичного закладу та їх залучення до системи управління якістю дозволяє запровадити ефективні зміни в організаційній структурі управління закладом, де посада керівника певної ланки буде співпадати з власником операційного процесу, за перебіг якого відповідає такий керівник. До того ж, до організаційної структури управління закладом доцільно ввести заступника керівництва з якості з повноваженнями щодо організації виконання відповідних функцій (процесів) у системі якості, звітування перед найвищим керівництвом про її функціонування та про потребу у поліпшенні, а також забезпечення обізнаності з вимогами замовників зовні та в середині закладу.

Управління якістю слід починати, згідно з вимогами міжнародних і гармонізованих з ними вітчизняних стандартів, із планування показників якості; бажано, щоб вони були переважно кількісними.

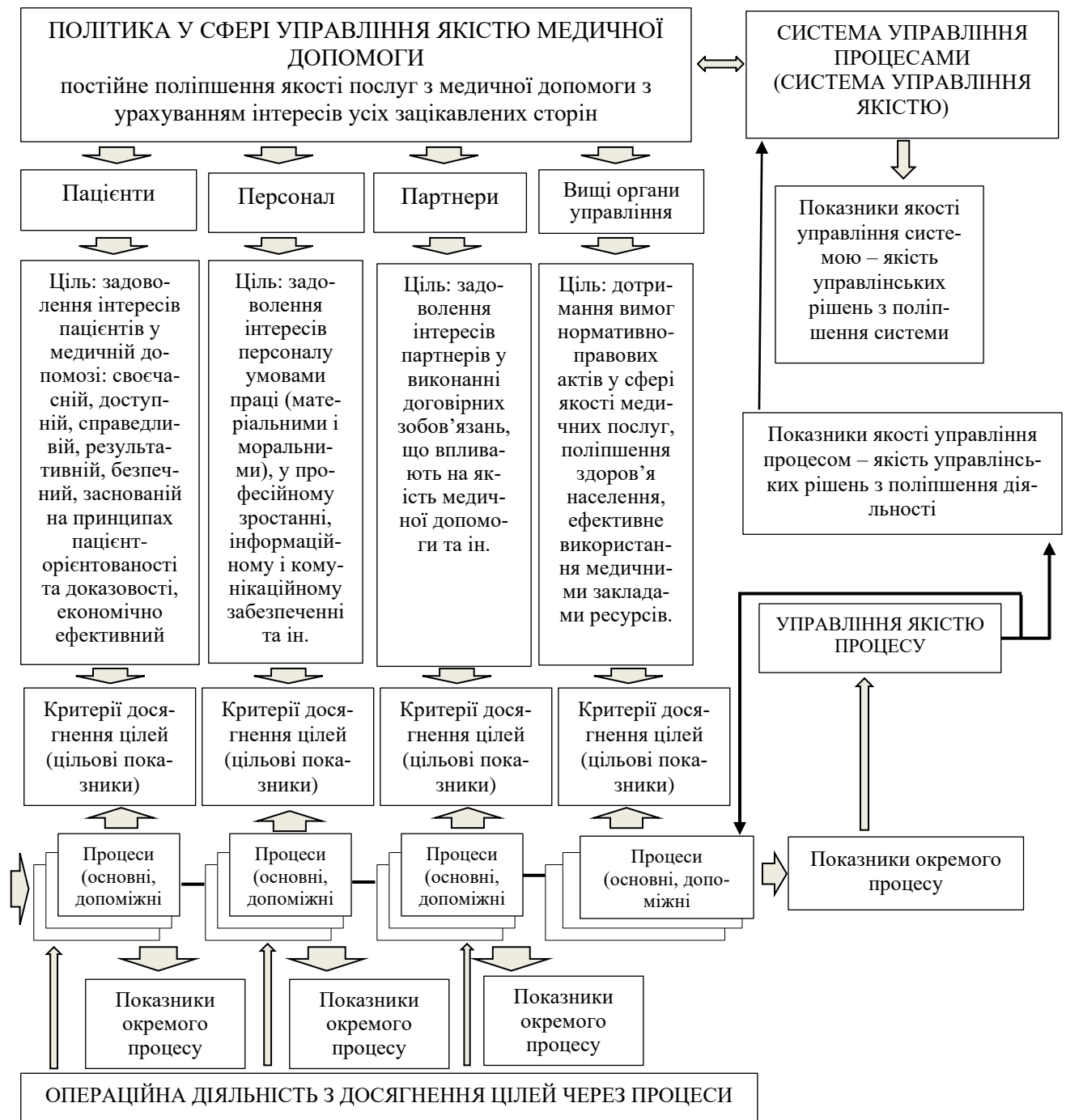


Рис. 3.2. Схема удосконаленої системи управління якістю у комунальних закладах охорони здоров'я, що ґрунтується на взаємозв'язку політики, цілей, процесів з досягнення цілей і показників якості медичної послуги

Враховуючи п'ять сучасних стратегій забезпечення якості системами охорони здоров'я, визначених ВООЗ (тобто спрямування відповідних заходів на медичних працівників, на організації медико-санітарної допомоги, на медичні препарати і технології, на пацієнтів, на організації, що фінансують медичні заклади), на нашу думку, саме відповідно до стратегічних напрямів діяльності

медичного закладу слід формувати планові показники якості. Важливою вимогою до показників є їх декомпозиція на всі рівні управління [20].

Досягнення запланованих показників вимагає від керівника закладу охорони здоров'я в оперативному режимі: поточного забезпечення лікувально-діагностичного процесу ресурсами (закупівля); створення і підтримки відповідних умов зберігання, належного використання і безпеки закуплених товарів; мотивації персоналу щодо дотримання встановлених регламентів процесу; підтримки умов для навчання персоналу на робочих місцях; координації діяльності структурних підрозділів і зовнішніх партнерів, які беруть участь у певному процесі [20].

Підхід до побудови організаційної структури з чітким розподілом відповідальності і повноважень реалізує і принцип процесного підходу, коли проектування процесу і аналіз його виконання здійснюється одним відповідальним «власником» процесу, яким найбільш доцільно призначити головного позаштатного фахівця, який працює в закладі охорони здоров'я і в той же час є вповноваженим представником власника закладу – міської ради (табл. 3.4).

В системно-комунікаційному аспекті організаційна структура системи управління якістю закладу охорони здоров'я вимагала доповнення зобов'язаннями участі у розробці регіональних стандартів медичної допомоги, оскільки, як виявлено на попередньому етапі дослідження, вимоги більшості галузевих медико-технологічних документів не можуть бути виконані в межах однієї установи за причини відсутності повного обсягу діагностичного обладнання, діагностичних тестів і лікувальних технологій. Задоволення потреб пацієнтів у доступній лікувально-діагностичній допомозі вимагало також налагоджування і формалізації стосунків з закладами охорони здоров'я приватного сектору, що можливо за умови аналізу ринку, оптимального вибору постачальника медичних технологій та укладання з ними угод на взаємовигідних відносинах. Такі підходи є значно ширшими, ніж ті, що існували в діючій системі якості медичної допомоги [5].

Поєднання в одній особі функцій головного лікаря і голови медичної ради в існуючій системі забезпечення якості потребувало змін організаційної струк-

тури за системно-структурним аспектом. Пом'якшення принципу жорсткого адміністративного управління по вертикалі можливо в разі призначення очільником медичної ради іншої особи, наприклад, одного з заступників головного лікаря (з організаційно-методичної роботи) [5].

Таблиця 3.4

Приклад розподілу функцій між учасниками операційного процесу «розробка, впровадження та моніторинг локальних протоколів» у межах зміненої системи управління якістю у комунальному закладі охорони здоров'я

Функції	Особи, на яких покладені обов'язки з виконання функції
Розробка локального протоколу медичної допомоги, клінічного маршруту пацієнта.	Робоча група на чолі з головним позаштатним фахівцем за профілем клінічної діяльності.
Забезпечення виконання протоколу ресурсами.	Медичний директор
Впровадження локального протоколу в діяльність закладу (навчання персоналу).	Головний позаштатний фахівець за профілем клінічної діяльності
Відповідальність за виконання протоколу в межах структурного підрозділу і раціональне використання ресурсів.	Завідувачі відділень
Безпосереднє виконання вимог локального протоколу.	Завідувачі відділень, лікарі, середній і молодший медичний персонал, технічний персонал як члени мультидисциплінарної команди, задіяні у дану частину лікувально-діагностичного процесу
Моніторинг дотримання вимог локального протоколу.	Завідувач профільного відділення, завідувач інформаційно-аналітичним відділом як члени мультидисциплінарної команди.
Внутрішній аудит протоколу.	Група внутрішнього аудиту
Зовнішній аудит протоколу	Група зовнішнього аудиту
Оцінка і аналіз результатів виконання протоколу, прийняття рішень з поліпшення медичної допомоги в межах повноважень, надання пропозицій з поліпшення керівництву закладу охорони здоров'я і вищих органів управління охороною здоров'я	Головний позаштатний фахівець за профілем клінічної діяльності

На рівні системно-інтегративного аспекту очевидним стає необхідність максимального методичного забезпечення професійної діяльності співробітників і організації праці, що дозволить їм оволодіти технологіями виконання усіх процесів, пов'язаних з забезпеченням якості медичної допомоги. Саме дефіцит методичних розробок чітко простежувався під час аналізу стану існуючої системи забезпечення якості [5].

Організацію розробки і впровадження допоміжних і управлінських процесів, зокрема, визначення вимог до якості усіх зацікавлених сторін, навчання персоналу з питань якості та формування бази даних моніторингу процесів у інформаційно-аналітичному центрі доцільно покласти на заступника головного лікаря з організаційно-методичної роботи.

Таким чином, ґрунтуючись на принципах управління якістю Національного стандарту ДСТУ EN 15224:2019, як то, орієнтованість на замовника; лідерство; задіяність персоналу; процесний підхід; удосконалення; прийняття рішень на підставі фактичних даних; управління взаємовідносинами, керівництву медичного закладу пропонується сформувати «Політику у сфері якості медичної допомоги», у якій будуть задекларовані загальні наміри та напрями діяльності закладу охорони здоров'я у сфері якості, а також прийняття своєї відповідальності за якість медичної допомоги, як вищої цінності для пацієнта та інших зацікавлених у якості сторін. За принципом «лідерство» зі сформованої політики має бути зрозумілим, що керівництво закладу бере на себе зобов'язань бути лідером, який орієнтує увесь персонал на якісне виконання професійних функцій. Політика у сфері управління якістю медичної допомоги має бути деталізованим і узгодженим з усіма напрямками діяльності закладу охорони здоров'я. Заявлені у Політиці напрями визначають медичний заклад як центр перетину інтересів у сфері якості медичної допомоги, які мають бути дотримання під час її реалізації у поточній та довгостроковій перспективі. Тож, головним напрямком діяльності у Політиці визначено постійне поліпшення якості медичної допомоги для задоволення потреб усіх зацікавлених у ній сторін. Політика у сфері управління якістю медичної допомоги декларує застосування введенню процесного підходу під час розробки, впровадження та підвищення ефективності системи управління якістю задля зростання задоволеності замовників виконанням їхніх вимог. Застосування процесного підходу в системі управління якістю дозволяє: 1) розуміння і послідовне виконання вимог; 2) розглядання процесів з точки зору доданої цінності: «додана цінність у клінічних процесах – це позитивний вплив на стан здоров'я пацієнта»; 3) досягнення ефективного виконання процесів; 4) удосконалення процесів на основі оцінювання даних та інформації. Для налаго-

дження якісного перебігу кожного операційного процесу (основного або додаткового) у дипломній роботі пропонується застосувати накладений робочий цикл процесів завдяки методу PDCA (цикл Демінга–Шухарта). PDCA розшифровується як Plan–Do–Check–Act («Плануй–роби–перевіряй– дій»). Цей метод може бути застосований для одного процесу, для групи процесів, для системи процесів. Політика закладу у сфері управління якістю медичної допомоги передбачає встановлення критеріїв, які покривають аспекти якості (усі або частково). До того ж кожний критерій може бути уточненим за допомогою планових індикаторів якості. Визначення процесів операційної діяльності медичного закладу та їх залучення до системи управління якістю дозволяє запровадити ефективні зміни в організаційній структурі управління закладом, де посада керівника певної ланки буде співпадати з власником операційного процесу, за перебіг якого відповідає такий керівник. До того ж, до організаційної структури управління закладом доцільно ввести заступника керівництва з якості з повноваженнями щодо організації виконання відповідних функцій (процесів) у системі якості, звітування перед найвищим керівництвом про її функціонування та про потребу у поліпшенні, а також забезпечення обізнаності з вимогами замовників зовні та в середині закладу.

3.3. Пропозиції по запровадженню організаційно-методичного забезпечення у реалізації окремих аспектів політики управління якістю у закладі охорони здоров'я

Актуальність методичного забезпечення посилювалась тим, що сутність стандартизації будь-якого виду діяльності передбачає не лише досягнення необхідного результату діяльності, але й досягнення його у найкращий спосіб. Разом з тим методичне забезпечення існуючої системи якості, як встановлено в процесі її аналізу, охоплювало лише частину діяльності, необхідну для управління якістю. Зокрема, до проблемних питань у сфері організаційно-методичного забезпечення управління якістю послуг у КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради, на які необхідно звернути увагу, віднесено:

1) діагностика і оцінки рівня якості медичної послуги у розрізі клінічної якості та якості обслуговування (сервісної якості) рівня задоволеності пацієнтів медичною допомогою;

2) організації діяльності групи забезпечення якості медичної допомоги;

3) внутрішня стандартизація операційних процесів закладу.

У сімействі стандартів ISO та їх вітчизняних аналогах відповідні уніфіковані стандартизовані методики існують, але побудова системи управління якістю в охороні здоров'я вимагала відповідної їх адаптації.

Здійснюючи організаційну функцію, керівник лікарні як головний суб'єкт управління вирішує завдання, які належать до його компетенції з метою виконання лікарнею функцій. Ці завдання уже сьогодні містять елементи конструювання дійсності підприємства (проектного управління) у відповідності до особливостей реформування галузі охорони здоров'я та потреби врахування факторів, що впливають та впливатимуть на стан і перспективи діяльності цього підприємства (табл. 3.5) [52].

Таблиця 3.5

Завдання, які мають належати до компетенції керівника в частині управління закладом охорони здоров'я (з урахуванням елементів проектного управління)

№ з/п	Перелік завдань
1	Несе відповідальність за виконання показників ефективності діяльності підприємства, якості послуг, що надають (спостерігаємо елементи проектного управління в частині забезпечення ефективності роботи і якості послуг)
2	Забезпечує раціональний добір кадрів (спостерігаємо елемент проектного управління, що стосується раціоналізації діяльності та організаційної структури)
3	Створює умови для підвищення фахового і кваліфікаційного рівня працівників (спостерігаємо елемент проектного управління щодо професіоналізації роботи кадрового складу)
4	Затверджує положення про структурні підрозділи підприємства, інші положення та порядки, що мають системний характер, зокрема: 1) положення про преміювання працівників за підсумками роботи підприємства; 2) порядок надходження і використання коштів, отриманих як благодійні внески, гранти та дарунки тощо (спостерігаємо елементи проектного управління в частині забезпечення системності у роботі лікарні, кадрових і фінансових процесів, що у ній мають місце) та ін.
5	Елементи проектного управління щодо інформатизації, європеїзації, інституціоналізації діяльності медичного закладу: 1) несе відповідальність за організацію електронного документообігу в досліджуваному закладі охорони здоров'я; 2) несе відповідальність за забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму лікарні та проведення профілактичних протиепідеміологічних заходів; 3) створює умови для розвитку лікарського самоврядування як інституту регулювання якості медичної послуги та захисту прав медичних працівників лікарні.

Вважається за доцільне закріпити у Статуті КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради компетенції керівника, які включатимуть і охоплюватимуть елементи проектного управління щодо інформатизації, європеїзації, інституціоналізації діяльності лікарні: несе відповідальність за організацію електронного документообігу в досліджуваному закладі охорони здоров'я; несе відповідальність за забезпечення санітарно-протиепідемічного режиму лікарні та проведення профілактичних протиепідеміологічних заходів; створює умови для розвитку лікарського самоврядування як інституту регулювання якості медичної послуги та захисту прав медичних працівників лікарні.

За умов реформування галузі охорони здоров'я в Україні важливим є те, щоб акценти в управлінні закладами охорони здоров'я були переміщені на професіоналізацію кадрів, зокрема керівних. Сучасні умови функціонування галузі вимагають у керівників закладів охорони здоров'я наявності системи компетенцій, а саме: 1) галузевих (щодо управління закладом охорони здоров'я і якістю медичних послуг, інституціонального аналізу та ін.); 2) менеджерських (фахових) (щодо стратегічного планування, організації роботи закладу і його персоналу, визначення зон відповідальності та забезпечення інформаційно-комунікативної взаємодії закладу із споживачами послуг, власними працівниками тощо); 3) підприємницьких (ділових) (щодо управління змінами, управління інноваціями, управління фінансовими ресурсами, проектного управління, ситуаційного управління, клієнторієнтованого управління та ін.); 4) особистісних і міжособистісних компетенцій (щодо організації командної роботи, дотримання етики в управлінні, врегулювання міжособистісних конфліктів, використання мотиваційного механізму впливу на працівників та ін.). У цьому контексті цікавою з практичних міркувань є професіоналограма керівників закладів охорони здоров'я [46]

У реалізації управлінської функції «зворотного зв'язку» у системі управління якістю рекомендується в оперативному режимі застосовувати методи моніторингу, вимірювань і оцінки всіх процесів для своєчасного виявлення відхилень у перебігу та результатах як кожного з процесів, так операційної системи в цілому. Як зазначалося у пп. 1.2 цінність медичної послуги проявляється через її клінічну

якість, яка залежить від конкретного виконавця (лікаря, медичної сестри), та якість обслуговування (сервісна якість), яка залежить від медичного закладу в цілому. Тож, діагностувати і далі оцінити виконання цих двох складових якості дозволяє інструмент опитування, перш за все (спираючись на принцип пацієнтоорієнтованості) респондентів-користувачів медичної послуги (пацієнтів).

Рекомендується запровадити у діяльність досліджуваного медичного закладу інструмент опитування користувачів медичних послуг щодо їхньої думки про професіоналізм медичних працівників (лікарів) для подальшої оцінки клінічної якості медичних послуг. До складових частин поняття «професіоналізм» лікаря відносять сім ключових характеристик та їх проявів у реальному житті пацієнтів: ефективне лікування; зрозуміле пояснення; турботливість; знання історії пацієнта; вміння передбачати; вміння навчатися новому; вміння відновити психологічний стан пацієнта (вміння заспокоювати) (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Пропонований перелік питань щодо критеріїв професіоналізму медичного працівника для виявлення клінічної якості медичних послуг закладу

Критерій	Розкриття критерію
Ефективне лікування	Лікар призначає лікування, яке допомагає швидко одужати й рідше хворіти
Зрозуміле пояснення	Пояснює так, що і дитина, і літня людина розуміють з першого разу, а молодій людині не потрібно буде «догуглювати» діагноз
Турботливість	Лікарю не байдуже, що буде з пацієнтом, тому він приділяє достатньо часу навіть важливим дрібницям
Знання історії пацієнта	Пацієнту не потрібно нагадувати лікарю про минулі лікування та діагнози
Вміння передбачати	Лікар чітко пояснює, які в пацієнта можуть виникнути ситуації, і як діяти в тому чи іншому випадку
Вміння навчатися новому	Лікар знає та використовує нові та сучасні методи лікування
Вміння відновити психологічний стан пацієнта	Лікар вміє зменшити паніку в пацієнта та дати пацієнту впевненість у майбутньому
Опитування респондентів може проводитися: 1) за двоїчною системою (так/ні); 2) за трічною системою (так/складно відповісти/ні); 3) п'ятибальною системою (1 – зовсім не виконується; 2 – виконується незначно; 3 – виконується посередньо; 4 – виконується добре; 5 – виконується дуже добре); 4) десятибальною системою (1 до 10, де 1 – «зовсім не проявляється», а 10 – «завжди проявляється»).	

Зауважимо, що «клінічна якість», як ключовий компонент загальної якості медичної послуги, має 4 основні зацікавлені сторони: 1) користувачі медичної послуги (пацієнти); 2) сам медичний заклад; 3) НСЗУ 4) МОЗ.

Тож, для користувачів медичних послуг (пацієнтів) – клінічна якість = професіоналізм лікаря. А професіоналізм лікаря – це не якесь абстрактне поняття, а цілком конкретні характеристики цінності кожного лікаря для пацієнта. Кожен медичний заклад має слідкувати за тим, щоб його лікарі демонстрували високий рівень прояву цих важливих рис, регулярно проводити тренінги для підвищення їхнього рівня компетентності та залучати пацієнтів до покращення цих якостей. Для того, щоб почати, достатньо попросити пацієнтів оцінити відповідно до обраної шкали рівень кожного лікаря в розрізі цих характеристик. Результат покаже кожному лікарю можливості для професійного росту. Також це дасть змогу знайти людей, які демонструють дуже високий рівень професіоналізму, і вони зможуть поділитись своїми секретами та порадами зі своїми колегами. Таке командне навчання завжди дає швидкий позитивний результат [17].

Другий елемент цінності медичної послуги це – задоволеність, яка проявляється через якість обслуговування (сервісну якість). Цей компонент якості дуже довго знаходився поза увагою комунальних медичних закладів в Україні. Водночас він є одним із ключових чинників диференціації медичних закладів в очах пацієнта. У «якості обслуговування (сервісній якості)» є лише дві ключові зацікавлені сторони, на відміну від чотирьох у «клінічній якості». Це – сам пацієнт та команда медичного закладу. Це означає, що управляти задоволеністю в обслуговуванні значно легше, а ефект на збільшення тривалості відносин медичного закладу та пацієнта дуже суттєвий. Задоволеність пацієнтів завжди виражається за формулою: задоволеність = реальність – очікування

Управління якістю обслуговування (сервісною якістю) відбувається через управління очікуваннями пацієнтів та фактичним рівнем медичних послуг. Водночас, на думку пацієнтів, є два ключових компоненти якості обслуговування (сервісної якості) – це гарне ставлення персоналу закладу та швидкість обслуговування у закладі. Методику опитування пацієнтів у відношенні до сервісної якості представлено у табл. 3.7.

Тож, пропонується оцінити сервісну якість за формулою: якість обслуговування = задоволеність гарним ставленням персоналу + задоволеність швидкістю обслуговування.

Пропонований перелік питань щодо критеріїв задоволеності пацієнтів для виявлення якості обслуговування (сервісної якості) у медичному закладі

Критерій	Розкриття критерію
Задоволеність гарним ставленням персоналу	
Людяність	Вміння поставити себе на місце пацієнта та допомогти йому як собі
Доброзичливість	Бажання та проактивність допомогти пацієнту з проблемою
Вихованість	Вміння знайти підхід до різних пацієнтів та поводити себе інтелігентно в складних ситуаціях
Позитивність	Гарне почуття гумору та настроїв, який заряджає позитивною енергією
Уважність	Вміння вислухати, розібратись у ситуації, щоб запропонувати найкраще рішення
Любов до роботи	Відчувається, що людина працює за покликанням, часто посміхається і «кайфує» від своєї роботи
Доступність	
Можливість отримати допомогу швидко	
Задоволеність швидкістю обслуговування у закладі	
Відсутність черг	Приходжу на свій час і без черг потрапляю до лікаря
Швидкість реакції	Можу швидко проконсультуватись
Зручно записатись на прийом	Між датами прийомів потрібних мені лікарів проходить мінімум часу
Точність	Витратила на прийом не більше часу, ніж планувала
Економія часу	Без лікаря вирішувала б свою проблему набагато довше
Опитування респондентів може проводитися: 1) за двоїчною системою (так/ні); 2) за троїчною системою (так/складно відповісти/ні); 3) п'ятибальною системою (1 – зовсім не виконується; 2 – виконується незначно; 3 – виконується посередньо; 4 – виконується добре; 5 – виконується дуже добре); 4) десятибальною системою (1 до 10, де 1 – «зовсім не проявляється», а 10 – «завжди проявляється»).	

Отже, якість медичної послуги перетворюється в 19 конкретних критеріїв, які мають виконуватися як конкретними особами з числа медичного та обслуговуючого персоналу, так методичним закладом взагалі.

Тож, якість медичної послуги = ефективне лікування + зрозумілість пояснень + турботливість + врахування історії пацієнта + вміння передбачати + відкритість до нового + вміння заспокоїти + людяність + доброзичливість + вихованість + позитивність + уважність + любов до роботи + доступність + відсутність черг + швидкість реакції + зручність запису на прийом + точність + економія часу

За допомогою цієї формули досить легко діагностувати попередній стан якості медичних послуг закладу з метою формування управлінських рішень у напрямках виправлення ситуації з покращення якості послуг з медичної допомоги.

В сучасних умовах пандемії такі опитування респондентів можна за допомогою онлайн-форм зворотного зв'язку (наприклад, Google Form, Microsoft Forms чи Monkey Survey), надісланих через вайбер кожному пацієнту після візиту до лікаря з проханням оцінити кожен характеристику. Далі пацієнти самі визначають

поточний рівень кожного елементу якості і підкажуть спеціалісту з якості на чолі групи якості, а також керівництву закладом, де і як можна їх покращити.

Виконання принципу залученості персоналу закладу до покращення якості та реалізації Політики управління якістю послуг з медичної допомоги рекомендується у КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради запровадити «групу якості». Сам термін «група якості» (quality circle або quality control circle) та принципи їх функціонування описав у своїх дослідженнях К. Ішикава [17, 51].

Група якості – це команда ініціативних працівників підприємства, які регулярно зустрічаються, аналізують та вирішують робочі ситуації, що потребують покращення. Така група може складатися з 3–12 осіб – представників різних служб і підрозділів (лікарі, медичні сестри, працівники рецепції, молодший медичний персонал тощо), і участь має бути добровільною. Зустрічі зазвичай носять регулярний характер (раз на два тижні) і тривають 1–1,5 години [51].

Основні пропозиції щодо створення та функціонування групи якості на КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради:

1) пропонується створити групу якості у складі 6 осіб із представників усіх служб і підрозділів, які є обізнаними у питаннях якості своєї сфери функціонування. Такі представники можуть заздалегідь визначити мету зустрічі та сформулювати перелік проблемних питань у сфері якості, які вимагають вирішення. Очолювати цю групу має головний спеціаліст з якості, посада якого має бути відокремлена в організаційній структурі закладу;

2) зустрічі групи мають носити регулярний характер (бажано один раз на два тижні) і тривати за потребою, але не більше ніж 2 години;

3) під час засідання учасники групи, які беруть слово для доповіді мають оперувати спеціальними доказовими документами та інструментами візуалізації тієї проблеми, яку вони представляють;

4) кожна зустріч має закінчуватися складанням протоколу, де мають бути зафіксовані: проблемні питання, над якими працювали, варіанти вирішення, та альтернативи пропозицій вирішення. Такий протокол подається керівникові медичного закладу та, за його рішенням, «власнику» (відповідальній особі/керівникові) того операційного процесу, де мають бути проведені зміни у відношенні якості

його перебігу або результату. Зразок бланку протоколу представлений на рис. 3.3.

Що роблять групи якості : 1) ідентифікують проблему шляхом, наприклад, аналізу скарг відвідувачів медичного закладу або його працівників. Якщо скарги різнопланові, то можна їх пріоритизувати та обрати для вивчення найпріоритетнішу, а решту залишити на наступні засідання групи якості; 2) визначають причини проблеми. Для цього можна використовувати інструменти поліпшення якості, описані вище: «5 Чому?», діаграму Ішикави тощо. На цьому етапі важливу роль відіграє склад групи якості: правильно, коли серед учасників присутні працівники різних служб і підрозділів; розробляють пропозиції. Щоб краще зрозуміти, що в процесі працює погано, можна скористатися інструментом картування процесів (див. вище); 3) впроваджують зміни/дії. Передають свої пропозиції керівникам підрозділів/закладу. Також можна провести тестування запропонованих змін на одному з підрозділів; 4) оцінюють результат зміни/дій. Методами спостереження, опитування, збору відгуків і даних формується масив інформації про результати впроваджених змін або дій. Потім здійснюється аналіз, чи відбулося покращення. Оцінка результатів передається керівникові [51].

Протокол		Тема:		
Дата, час:		Місце:		
Учасники				
№.	Обговорене питання	Прийняте рішення	Термін виконання	Відповідальний
1.				
2.				
3.				
Наступна нарада запланована:				
Головував:				
Протоколював:				

Рис. 3.3. Зразок бланку протоколу групи якості медичного закладу [51]

Будь-яка система управління потребує формалізації через внутрішню стандартизацію (документальний опис) та запровадження документообігу як засобу встановлення інформаційних зв'язків у системі. Серед документів, які про-

понується запровадити як інструмент стандартизації перебігу процесів операційної діяльності КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради є «Матриця опису процесу» та «Стандартна операційної процедури». Приклад оформлення пропонованих документів подано у Додатку Б та Додатку В.

Після встановлення послідовності і взаємодії циклів загальних процесів «входу», «перероблення» та «виходу», формується загальна схема послідовності та взаємодії процесів у системі управління якістю медичної допомоги. Реалізацію такої схеми у діяльності закладу пропонується за допомогою документів внутрішньої стандартизації «Матриці опису процесів» та «Стандарт операційної процедури».

Матриця відповідальності (опису процесу) забезпечує опис і узгодження структури відповідальності за виконання пакетів робіт. Вона являє собою форму стандартного опису, який містить: номер перебігу процесу (його місце у загальній схемі послідовності та взаємодії процесів у системі управління якістю медичної допомоги); назву процесу (дію); власника процесу (відповідальної особи/керівника структури); посаду особи, що забезпечує (регламентує) процес; посаду виконавця (учасника) процесу; перелік зовнішніх регламентуючих документів (накази, постанови КМ, МОЗ, МВС, обласної ради, міської ради); перелік внутрішній регламентуючих документів (наказ, процедура, алгоритм та ін.); документи та записи, які необхідно вести; критерії контролю.

Стандарт операційної процедури (СОП) – документ управління якістю, своєрідний набір інструкцій з конкретного аспекту роботи, що допомагає стандартизувати процедуру задля зниження ймовірності помилки. Залежно від оформлення стандартні операційні процедури можуть мати форми інструкцій, алгоритмів, блок-схем та чек-листів.

У СОПах прописується послідовність дій у перебігу конкретизованої медичної операції. СОПи затверджуються локальним наказом по установі. Наразі це не просто рекомендації, які допомагають персоналу виконувати певні завдання. Це комплекс аналітико-нормативної документації, розпоряджень якої має дотримуватися весь персонал. Зручність СОПів: для початку роботи новому

спеціалісту надаються такі стандартні описи для того, щоб він розумів, що і як треба робити. Тож, робота буде виконана якісно за інструкцією [43].

Таким чином, до проблемних питань у сфері організаційно-методичного забезпечення реалізації програми управління якістю медичної допомоги у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради, на які необхідно звернути увагу, віднесено: 1) діагностика і оцінки рівня якості медичної послуги у розрізі клінічної якості та якості обслуговування (сервісної якості) рівня задоволеності пацієнтів медичною допомогою; 2) організації діяльності групи забезпечення якості медичної допомоги; 3) внутрішньої стандартизації операційних процесів закладу. У реалізації управлінської функції «зворотного зв'язку» у системі управління якістю рекомендується в оперативному режимі застосовувати методи моніторингу, вимірювань і оцінки всіх процесів для своєчасного виявлення відхилень у перебігу та результатах як кожного з процесів, так операційної системи в цілому. Рекомендується запровадити у діяльність досліджуваного медичного закладу методику опитування користувачів медичних послуг (пацієнтів) щодо їхньої думки про клінічну якість (професіоналізм медичних працівників) та якість обслуговування (сервісну якість) (задоволеність гарним ставленням та швидкістю обслуговування). Виконання принципу залученості персоналу закладу до покращення якості та реалізації Політики управління якістю послуг з медичної допомоги рекомендується у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради запровадити «групу якості». Будь-яка система управління потребує формалізації через внутрішню стандартизацію (документальний опис) та запровадження документообігу як засобу встановлення інформаційних зв'язків у системі. Серед документів, які пропонується запровадити як інструмент стандартизації перебігу процесів операційної діяльності КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради є «Матриця опису процесу» та «Стандартна операційної процедури».

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Удосконалена система управління якістю надає істотні переваги для організації роботи як крупних лікарень, так і невеликих медичних центрів. Головною функціональною перевагою є істотне покращання якості надання медичної

допомоги без суттєвого підвищення її вартості. Головною перевагою нової системи є управління якістю є розв'язувати проблем ще до їх появи. При побудові нової вдосконаленої системи менеджменту якості можна виокремити такі кроки: 1) усвідомлення «лідерства»; 2) зміни в організаційній структурі; 3) опис процесів; 3) оновлення документообігу; 4) організація ризик-менеджменту; 5) забезпечення зворотного зв'язку із клієнтом.

Грунтуючись на принципах управління якістю Національного стандарту ДСТУ EN 15224:2019, як то, орієнтованість на замовника; лідерство; задіяність персоналу; процесний підхід; удосконалення; прийняття рішень на підставі фактичних даних; управління взаємовідносинами, керівництву медичного закладу пропонується сформувати «Політику у сфері якості медичної допомоги», у якій будуть задекларовані загальні наміри та напрями діяльності закладу охорони здоров'я у сфері якості, а також прийняття своєї відповідальності за якість медичної допомоги, як вищої цінності для пацієнта та інших зацікавлених у якості сторін. За принципом «лідерство» зі сформованої політики має бути зрозумілим, що керівництво закладу бере на себе зобов'язань бути лідером, який орієнтує увесь персонал на якісне виконання професійних функцій. Політика у сфері управління якістю медичної допомоги має бути деталізованим і узгодженим з усіма напрямками діяльності закладу охорони здоров'я. Заявлені у Політиці напрями визначають медичний заклад як центр перетину інтересів у сфері якості медичної допомоги, які мають бути дотримання під час її реалізації у поточній та довгостроковій перспективі. Тож, головним напрямком діяльності у Політиці визначено постійне поліпшення якості медичної допомоги для задоволення потреб усіх зацікавлених у ній сторін. Політика у сфері управління якістю медичної допомоги декларує застосування введенню процесного підходу під час розробки, впровадження та підвищення ефективності системи управління якістю задля зростання задоволеності замовників виконанням їхніх вимог. Застосування процесного підходу в системі управління якістю дозволяє: 1) розуміння і послідовне виконання вимог; 2) розглядання процесів з точки зору доданої цінності: «додана цінність у клінічних процесах – це позитивний вплив на стан здоров'я пацієнта»; 3) досягнення ефективного виконання процесів; 4) удосконалення процесів на основі оцінювання даних та інформації. Для налагодження якісного перебі-

гу кожного операційного процесу (основного або додаткового) у дипломній роботі пропонується застосувати накладений робочий цикл процесів завдяки методу PDCA (цикл Демінга–Шухарта). PDCA розшифровується як Plan–Do–Check–Act («Плануй–роби–перевірйай– дій»). Цей метод може бути застосований для одного процесу, для групи процесів, для системи процесів. Політика закладу у сфері управління якістю медичної допомоги передбачає встановлення критеріїв, які покривають аспекти якості (усі або частково). До того ж кожний критерій може бути уточненим за допомогою планових індикаторів якості.

До проблемних питань у сфері організаційно-методичного забезпечення реалізації програми управління якістю медичної допомоги у КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради, на які необхідно звернути увагу, віднесено: 1) діагностика і оцінки рівня якості медичної послуги у розрізі клінічної якості та якості обслуговування (сервісної якості) рівня задоволеності пацієнтів медичною допомогою; 2) організації діяльності групи забезпечення якості медичної допомоги; 3) внутрішня стандартизація операційних процесів закладу. У реалізації управлінської функції «зворотного зв'язку» у системі управління якістю рекомендується в оперативному режимі застосовувати методи моніторингу, вимірювань і оцінки всіх процесів для своєчасного виявлення відхилень у перебігу та результатах як кожного з процесів, так операційної системи в цілому. Рекомендується запровадити у діяльність досліджуваного медичного закладу методикку опитування користувачів медичних послуг (пацієнтів) щодо їхньої думки про клінічну якість (професіоналізм медичних працівників) та якість обслуговування (сервісну якість) (задоволеність гарним ставленням та швидкістю обслуговування). Виконання принципу залученості персоналу закладу до покращення якості та реалізації Політики управління якістю послуг з медичної допомоги рекомендується у КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради запровадити «групу якості». Будь-яка система управління потребує формалізації через внутрішню стандартизацію (документальний опис) та запровадження документообігу як засобу встановлення інформаційних зв'язків у системі. Серед документів, які пропонується запровадити як інструмент стандартизації перебігу процесів операційній діяльності КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради є «Матриця опису процесу» та «Стандартна операційної процедури».

ВИСНОВКИ

Реформування медичного сектору є досить складним процесом, оскільки медичні заклади залишаються досить консервативним елементом системи охорони здоров'я, попри нові виклики і зміни в самих системах. Операційна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендogenous та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації. Все це вимагає від медичних закладів, які після реформування набули форму комунальних некомерційних підприємств, виходити самостійним учасником на ринок медичних послуг на умовах і за правилами такого ринку. Запорукою успіху на будь-якому ринку є залучення якомога більшої кількості покупців та як на найдовший термін. Основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є: медична ефективність у формі задоволення потреби споживачів; адміністративна ефективність у формі ефективного управління установою; економічна ефективність у формі оптимізації використання ресурсів; безпечність надання медичної допомоги; результативність досягнення найкращих результатів; своєчасність надання медичної допомоги; рівність отримання медичної допомоги; пацієнтоорієнтованість. Тож, бути конкурентоспроможними допоможе запровадження пацієнтоорієнтованої моделі надання медичних послуг закладом. Модернізація системи управління в сфері охорони здоров'я передбачає налагодження взаємин між медичними працівниками (надавачами послуг) й пацієнтами (споживачами послуг), їх документальне оформлення (проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення корегувань в процес гарантування безпеки пацієнтів). Така комунікація повинна ґрунтуватись на моделі збалансованого, оптимального трикутника операційних дій «послуга – постачальник – замовник», яка працює у передових країнах світу. Складність питання у забезпеченні якості надаваних послуг полягає у особливості операційного процесу в ході якого створюється нова цінність готовий продукт за допомогою реалізації операційної функції. Увесь комплекс процесів у медичному закладі складається в операційну систему, головними елементами якої є «вхід» у формі різноманітних ресурсів для забезпечення функціонування медичного закладу, «перетворення» ресурсів на

вихідний продукт (процес надання медичних послуг) та «вихід» у формі реально зміненого стану фізичного або психічного здоров'я пацієнтів, або набуття такого емоційного відчуття, яке дозволяє підвищити якість життя. Усі процеси операційної діяльності медичного закладу поділяються на основні і допоміжні. Виходячи із заявленого, якість послуги з медичної допомоги є властивістю цілого комплексу процесів в середині операційної системи.

Тож, управління якістю продукту (товару або послуги) – це система взаємопов'язаних елементів, які працюють разом для досягнення спільного результату. Концептуально ця система схожа на структуру, в основі якого знаходяться певні ролі та принципи, без яких вона буде не стійкою. Зверху знаходиться цінність, як кінцевий продукт роботи всієї системи управління, а трьома елементами, які гуртують структуру, є індикатори, процес та інструменти. Перелік і місцезнаходження таких компонентів дозволить створити практичну й результативну систему управління якістю в кожному медичному закладі. Цінність медичного сервісу – це кінцевий продукт у формі послуг з медичної допомоги. Виділяють два ключових компоненти цінності медичного сервісу: 1) клінічна якість – проявляється через покращення здоров'я пацієнта (фізичного або психологічного); 2) якість обслуговування (сервісна якість) – проявляється через емоційна задоволеність споживачів медичних послуг до, під час і після взаємодії з медичним закладом та його персоналом. Індикатори якості у формі показників допомагають зрозуміти, що якість медичних послуг змінюється. Ця зміна допомагає визначити прогрес якості в часі, а головне – показники дають змогу усвідомити, чи ефективні ті чи інші заходи покращення якості, що треба посилити, що потрібно почати робити, а від чого треба взагалі відмовитись. Основним методом управління якістю, що закріплений у положеннях Міжнародних стандартів (ISO) серії 9000, визнаний процентний підхід. Процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна розподілити на чотири групи: 1) процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості; 2) з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу; 3) процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.); 3)

процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності. Для ефективного управління якістю важливо використовувати певні інструменти управління якістю, проте слід пам'ятати, що їх існує велика кількість, і кожен з них має своє завдання. Дуже важливим напрямком в управлінні медичним закладом є активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть стати: 1) система міжнародних стандартів якості ISO 9001; 2) моделі досконалості (EFQM); 3) системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua); 4) моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO); 5) моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement).

Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради є амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я, який надає вторинну (спеціалізовану) допомогу дорослому та дитячому населенню міста Сєверодонецька, прилеглих селищ та в цілому жителям України. Засновником, власником та вищим органом управління КНП «Консультативно-діагностичний центр» є Сєверодонецька міська рада, яка через військово-політичну ситуацію, на сьогодні має форму міської військово-цивільної адміністрації Сєверодонецького району Луганської області. У 2021 році КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради уклало договори з національною службою України про медичне обслуговування населення за пакетами: 1) «Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)»; 2) «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)»; 3) «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії». Головним джерелом надходження коштів на фінансування КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради міститься є Програма медичних гарантій, яку реалізує НСУ. Крім того, 16% загальної суми надійшло з бюджету місцевого самоврядування м. Сєверодонецьк. Фінансування цільових на КНП «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради програм здійснюється за ра-

хунок Державного бюджету України. Кошти на реабілітацію інвалідів, інсулінозалежних пацієнтів виділяються місцевим бюджетом. У 2021 році кабінет «Довіра» отримує значну гуманітарну підтримку у порівнянні з минулими роками, що значно зменшує навантаження на місцевий бюджет.

Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис. У межах зовнішньої організаційно-управлінської структура з метою реалізації державних та регіональних програм у сфері охорони здоров'я КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради підпорядковується Міністерству охорони здоров'я України, Департаменту охорони здоров'я у складі Луганської обласної військово-цивільної адміністрації та Управлінню охорони здоров'я Сєверодонецької міської військово-цивільної адміністрації. Оперативне управління комунальним некомерційним підприємством «Консультативно-діагностичний центр» Сєверодонецької міської ради здійснюється генеральним директором.

Отримані результати дослідження в частині недостатності професійного рівня керівників закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги; не повної задоволеності представників відвідувачів-пацієнтів отриманими ними послугами з медичної допомоги; не повної задоволеності лікарів сімейної медицини та спеціалістів професійною діяльністю; виявлення стану внутрішньої стандартизації окремих медичних операцій і процесів засвідчили, що виявлені недоліки є значними і носять системний характер.

Саме тому наступним кроком дослідження став пошук причин виявлених невідповідностей. Плани діяльності КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради відповідають задекларованим цілям їх функціонування, але носять узагальнений характер і не пов'язуються з основним інструментом управління якістю – внутрішньою стандартизацією операцій і процесів діяльності надання послуг з медичної допомоги. Діагностика застосування функцій управління та формування організаційної структури для досягнення цілей в сфері якості надання медичних послуг у КНП «КДЦ» Сєверодонецької міської ради показала, що обраний підхід до децентралізації управління якістю шляхом покладання функцій

«управління і контролю» на спеціально створені комітети або медичні ради у межах закладів охорони здоров'я не призвів до широкого залучення співробітників підприємства (використання потенціалу перехресних внутрішніх утворень для досягнення цілей з забезпечення і поліпшення якості медичної допомоги не відбулося). В цілому, у КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради функції управління не набули свого адекватного наповнення для виконання завдань з досягнення якості медичної допомоги, а отже, виявились не спроможними стати системоутворюючим чинником для організаційної структури, відповідної потребам системи управління якістю. Аналіз якості інформаційно-технічного забезпечення управлінської діяльності засвідчив, що керівництвом КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради недостатньо використовувалась зовнішня інформація, про що свідчила недосконалість цілепокладання в сфері якості медичної допомоги. Структура інформаційних повідомлень з власних джерел залишалась традиційною, побудованою на основі офіційної медичної статистичної інформації за обліково-звітними формами та обмеженими даними експертних оцінок. Важливим чинником низької якості управлінських рішень слід також вважати недостатній професійно-освітній рівень з питань управління якістю медичної допомоги керівників закладів охорони здоров'я, їх заступників і осіб, зарахованих до резерву на керівні посади.

Удосконалена система управління якістю надає істотні переваги для організації роботи як крупних лікарень, так і невеликих медичних центрів. Головною функціональною перевагою є істотне покращання якості надання медичної допомоги без суттєвого підвищення її вартості. Головною перевагою нової системи є управління якістю є розв'язувати проблем ще до їх появи. При побудові нової вдосконаленої системи менеджменту якості можна виокремити такі кроки: 1) усвідомлення «лідерства»; 2) зміни в організаційній структурі; 3) опис процесів; 3) оновлення документообігу; 4) організація ризик-менеджменту; 5) забезпечення зворотного зв'язку із клієнтом.

Грунтуючись на принципах управління якістю Національного стандарту ДСТУ EN 15224:2019, як то, орієнтованість на замовника; лідерство; задіяність персоналу; процесний підхід; удосконалення; прийняття рішень на підставі фа-

ктичних даних; управління взаємовідносинами, керівництву медичного закладу пропонується сформувати «Політику у сфері якості медичної допомоги», у якій будуть задекларовані загальні наміри та напрями діяльності закладу охорони здоров'я у сфері якості, а також прийняття своєї відповідальності за якість медичної допомоги, як вищої цінності для пацієнта та інших зацікавлених у якості сторін. За принципом «лідерство» зі сформованої політики має бути зрозумілим, що керівництво закладу бере на себе зобов'язань бути лідером, який орієнтує увесь персонал на якісне виконання професійних функцій. Політика у сфері управління якістю медичної допомоги має бути деталізованим і узгодженим з усіма напрямками діяльності закладу охорони здоров'я. Заявлені у Політиці напрями визначають медичний заклад як центр перетину інтересів у сфері якості медичної допомоги, які мають бути дотримання під час її реалізації у поточній та довгостроковій перспективі. Тож, головним напрямком діяльності у Політиці визначено постійне поліпшення якості медичної допомоги для задоволення потреб усіх зацікавлених у ній сторін. Політика у сфері управління якістю медичної допомоги декларує застосування введенню процесного підходу під час розробки, впровадження та підвищення ефективності системи управління якістю задля зростання задоволеності замовників виконанням їхніх вимог. Застосування процесного підходу в системі управління якістю дозволяє: 1) розуміння і послідовне виконання вимог; 2) розглядання процесів з точки зору доданої цінності: «додана цінність у клінічних процесах – це позитивний вплив на стан здоров'я пацієнта»; 3) досягнення ефективного виконання процесів; 4) удосконалення процесів на основі оцінювання даних та інформації. Для налагодження якісного перебігу кожного операційного процесу (основного або додаткового) у дипломній роботі пропонується застосувати накладений робочий цикл процесів завдяки методу PDCA (цикл Демінга–Шухарта). PDCA розшифровується як Plan–Do–Check–Act («Плануй–роби–перевіряй–дій»). Цей метод може бути застосований для одного процесу, для групи процесів, для системи процесів. Політика закладу у сфері управління якістю медичної допомоги передбачає встановлення критеріїв, які покривають аспекти якості (усі або частково). До того ж кожний критерій може бути уточненим за допомогою планових індикаторів якості.

До проблемних питань у сфері організаційно-методичного забезпечення

реалізації програми управління якістю медичної допомоги у КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради, на які необхідно звернути увагу, віднесено: 1) діагностика і оцінки рівня якості медичної послуги у розрізі клінічної якості та якості обслуговування (сервісної якості) рівня задоволеності пацієнтів медичною допомогою; 2) організації діяльності групи забезпечення якості медичної допомоги; 3) внутрішня стандартизація операційних процесів закладу. У реалізації управлінської функції «зворотного зв'язку» у системі управління якістю рекомендується в оперативному режимі застосовувати методи моніторингу, вимірювань і оцінки всіх процесів для своєчасного виявлення відхилень у перебігу та результатах як кожного з процесів, так операційної системи в цілому. Рекомендується запровадити у діяльність досліджуваного медичного закладу методику опитування користувачів медичних послуг (пацієнтів) щодо їхньої думки про клінічну якість (професіоналізм медичних працівників) та якість обслуговування (сервісну якість) (задоволеність гарним ставленням та швидкістю обслуговування). Виконання принципу залученості персоналу закладу до покращення якості та реалізації Політики управління якістю послуг з медичної допомоги рекомендується у КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради запровадити «групу якості». Будь-яка система управління потребує формалізації через внутрішню стандартизацію (документальний опис) та запровадження документообігу як засобу встановлення інформаційних зв'язків у системі. Серед документів, які пропонується запровадити як інструмент стандартизації перебігу процесів операційній діяльності КНП «КДЦ» Сєвєродонецької міської ради є «Матриця опису процесу» та «Стандартна операційної процедури».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адизес И. Управление жизненным циклом корпорации; пер. с англ. СПб.: Питер, 2007. 384 с.
2. Арутюнова Д. В. Стратегический менеджмент: учебное пособие. Таганрог: Изд-во ТТИ ЮФУ, 2010. 122 с.
3. Вороненко Ю.В., Горачук В.В. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у систему управління якістю медичної допомоги. Український медичний часопис. URL: <http://www.umj.com.ua/article/42096/metodichni-pidxodi-do-vprovadzhennya-standartizacii-organizacijnix-texnologij-u-sistemu-upravlinnya-yakistyu-medichnoi-dopomogi>.
4. Горачук В. В., Гойда Н. Г. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я. URL: http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf.
5. Горачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 - соціальна медицина. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2015. 322 с.
6. Горєлов Д. О. Большенко С. Ф. Стратегія підприємства: навч.-метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Харків: Вид-во ХНАДУ, 2010. 133 с.
7. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2014. № 3. С. 136-142.
8. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. URL: [http://www: http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf](http://www.pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf).
9. ДСТУ EN 15224:2019 Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я (EN 15224:2016, IDT). Наказ від 26.02.2019 № 37 Про прийняття національних стандартів. ДСТУ (Державний Стандарт

- України). Український медичний центр сертифікації. URL: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=82162
10. ДСТУ ISO 9001:2009. Системи управління якістю. Вимоги: (ISO 9001:2008, IDT). На заміну ДСТУ ISO 9001:2001; надано чинності 2009-09-01. К.: Держ-споживстандарт України, 2009. VII, 26 с.
 11. ДСТУ ISO 9004:2012 Управління задля досягнення сталого успіху організації. Підхід на основі управління якістю (ISO 9004:2009, IDT) URL: <http://dbn.at.ua/load/normativy/dstu/5-1-0-1060>.
 12. ДСТУ IWA 1:2007. Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я: (IWA1:2005, IDT); надано чинності 2008-01-01. К.: Держспоживстандарт України, 2008.—83 с.
 13. Дуб Л. Р. Зіменковський А. Б., Никулишин О. В. Перспективи застосування стандартів ISO для поліпшення якості діяльності медичних та фармацевтичних закладів різного спрямування. Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. 2009. № 1-2. С. 28-33. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Chem_Biol/Kff/2009_1-2/3.pdf.
 14. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis>.
 15. Заков О. Л. Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні: автореф. дис... д-ра мед. Наук: 14.02.03. Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця МОЗ України. К., 2009. 36 с.
 16. ISO 9000 Introduction and Support Package: Guidance on the Documentation Requirements of ISO 9001:2000. ISO/TC 176/SC 2/N 544R. 13 March, 2001; ДСТУ ISO 9000-2001 Системи управління якістю. Основні положення та словник; ДСТУ ISO 9001-2001 Системи управління якістю. Вимоги; ДСТУ ISO 9004-2001 Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшення діяльності; ДСТУ ISO 19011:2003 Настанови щодо здійснення аудитів систем управління якістю і/або систем екологічного управління; Настанова 42-01-2001. Лікарські засоби. Належна виробнича практика. К., 2001.

- 17.Кращі практики управління медичним закладом. Посібник/Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021. 136 с.
- 18.Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ, 2009. 128 с.
- 19.Мартиненко Л.В. Якість медичної допомоги пацієнту - якість життя медика. Жіночий лікар. №1 2006. URL: <https://z-l.com.ua/ua/article/75>
- 20.Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії. 2016. Вип. 6. С. 75-79.
- 21.Мартинюк О.А. Імплементация парадигмы экономика здоровья – экономика знаний в стратегию развития медицинских заведений. Научный вестник Херсонского государственного университета. Серия «Экономические науки». 2015. № 13. С. 106–110.
- 22.Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336>.
- 23.Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль–Кам'янець-Подільський, 12–13.12. 2018 року. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf>
- 24.Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка». № 1 2020. DOI: 10.32702/2307-2105-2020.1.55
- 25.Науковий Менеджмент в медицині. URL: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment>.
- 26.Официальный сайт. Международная организация по стандартизации. URL: <https://www.iso.org>.
- 27.Офіційний сайт. ДП «УКРНДНЦ»: <http://uas.org.ua/>.
- 28.Офіційний сайт. Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр» Сєвєродонецької міської ради. URL: <https://www.knpkdcsev.com.ua/>

- 29.Офіційний сайт. Луганська обласна військово-цивільна адміністрація.
URL: <http://loga.gov.ua/>
- 30.Офіційний сайт. Міністерства охорони здоров'я України. URL:
<https://moz.gov.ua/>
- 31.Офіційний сайт. Національна служба охорони здоров'я. URL:
<https://nszu.gov.ua/>
- 32.Офіційний сайт. Сєверодонецька міська військово-цивільна адміністрація. URL: <https://sed-rada.gov.ua/>
- 33.Пасмор М.С. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі. Соціальна економіка. Випуск 53 (1). 2017. С. 92-95
- 34.Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б. Стан стандартизації в охороні здоров'я України та шляхи її подальшого розвитку. Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. 2004. № 2. С. 43–47.
- 35.Портер Е. Конкурентная стратегия: методика анализа отраслей и конкурентов; пер. сангл. 2-е изд. М.: Альпина Бизнес Букс, 2006.
- 36.Презентація програми ООН із відновлення та розбудови миру / Котуза А.С., Горобейко М.О. Розроблення індикаторів якості медичної допомоги.
- 37.Презентація програми ООН із відновлення та розбудови миру. Опис процесів закладу охорони здоров'я.
- 38.Презентація програми ООН із відновлення та розбудови миру. Розробка політики в області якості.
- 39.Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році? URL:
<http://yur-gazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html>.
- 40.Руководство по применению стандарта ИСО 9001:2000 в области здравоохранения. Пер. с англ. Г. Е. Герасимовой. М. : Стандарты и качество, 2002. 112 с.
- 41.Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком. 2016. № 3. С. 78–83.
- 42.Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: навч. посіб. К.: НАДУ, 2005.

415 с.

43. Стандартные операционные процедуры в медицине. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/ru/2151-standartnye-operatsionnye-protsedury-v-meditsine-rus>
44. Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині. Ліки України. 2003. № 4. С. 57–58.
45. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво. 2019. № 3. С. 160-166.
46. Сучасна система підготовки керівників в сфері охорони здоров'я України : методичні рекомендації. К., 2019. 46 с.
47. Таланова Ж. В. Підходи до розроблення галузевих рамок кваліфікацій в Європейському просторі вищої освіти. URL: http://212.111.196.8:8081/dlc/24_25102013/talanova.pdf.
48. Уваренко А.Р. Сучасні погляди на систему інформаційного забезпечення медичної науки. Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія. 2010. № 4. С. 87-89.
49. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. URL: www.umj.com.ua/article/127584.
50. Хімічева Г. І., Пономаренко Н. А. Контроль і оцінка якості медичних послуг за вимогами ДСТУ ISO 9001:2009. Восточноевропейский журнал передовых технологий. 2010. № 3/4 (45). С. 33-36.
51. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги: посібник. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. 152 с.
52. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2 (84). DOI 10.11603/1681-2786.2020.2.11406
53. Юринець З. В. Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 22. С. 116–121.

- 54.Юрківська О.В. Сертифікація системи управління якістю закладу охорони здоров'я на відповідність вимогам стандарту ISO 9001. З чого розпочати? *Новости медицины и фармации*. 2015. № 15(509). С. 20–22.
- 55.Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116-120.
- 56.Goncharuk, A.G., Benchmarking to improve a strategy and marketing in pharmaceuticals. *Benchmarking: An International Journal*. 2014. Vol. 21. № 3. P. 364–385.
- 57.Handbook for national quality policy and strategy. A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. URL: https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en/
- 58.Ishikawa K. What is Total Quality Control. The Japanese Way. London, Prentice Hall, 1985
- 59.World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva, World Health Organization, 2006.

ДОДАТКИ

Пропонований варіант «Політики у сфері управління якістю медичної допомоги»

<p>Політика у сфері управління якістю медичної допомоги</p> <p>КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради</p>
<p>1. Загальні наміри</p> <p>1.1. Основою і головним напрямком діяльності медичного закладу є постійне поліпшення якості послуг з медичної допомоги на користь задоволення потреб споживачів медичних послуг (пацієнтів).</p> <p>1.2. Запорукою ефективного функціонування медичного закладу є врахування інтересів зацікавлених у якості медичної допомоги сторін – користувачі послуг (пацієнти), співробітників і керівництва закладу, власника медичного закладу (органу місцевого самоврядування – Северодонецької міської ради), вищих органів управління у сфері охорони здоров'я, партнерів – інших закладів охорони здоров'я, громадських організацій, страхових компаній, закладів і установ-постачальників ресурсів.</p> <p>1.3. Якість за всіма напрямками діяльності медичного закладу визначається першочерговим завданням кожного співробітника.</p>
<p>2. Основні напрями Політики</p> <p>2.1. Політика по відношенню до пацієнтів. КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради орієнтується на задоволеність поточних і майбутніх потреб наших пацієнтів у якісній медичній допомозі та якісному медичному обслуговуванні, а також намагається випередити їхні очікування.</p> <p>2.2. Політика по відношенню до персоналу. Кваліфікований персонал є запорукою сучасного рівня якості медичної допомоги і досягнення високоякісних результатів діяльності закладу, тому у КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради постійно забезпечується безперервна післядипломна освіта фахівців; створюються умови для мотивації їх до праці та усвідомлення ними відповідальності за її результати; заохочується професійний розвиток персоналу; схвалюються та приймаються до впровадження ініціативи співробітників у забезпеченні і поліпшенні якості; застосовуються практики участі фахівців центру в управлінні якістю послуг медичної допомоги</p> <p>2.3. Політика по відношенню до партнерів і держави. КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради будує свої стосунки з партнерами на основі взаємовигідного довготривалого відкритого співробітництва, розуміння спільних цілей в сфері якості медичної допомоги, довіри та побудови ефективних комунікацій. КДЦ проводить задекларовану на державному, галузевому і регіональному рівнях політику в сфері якості шляхом дотримання положень чинних законів України, інших нормативно-правових актів.</p>
<p>3. Способи реалізації основних напрямів Політики</p> <p>3.1. Запорукою успішної реалізації політики «КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради» є створення системи управління якістю на основі європейських підходів до якісних систем охорони здоров'я, вимог національних, гармонізованих з міжнародними, стандартів до системи управління якістю – Національним стандартом ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) – «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я», де визначаються основні аспекти якості для медичного закладу незалежно від розміру, форм власності та переліку послуг, що надаються.</p> <p>3.2. Для запровадження ефективної системи управління якістю застосовується процесна модель управління діяльністю медичного закладу, яка передбачає організацію видів діяльності як окремих системно пов'язаних процесів, за кожним з яких визначаються: «вхід у процес» (всі необхідні ресурси для активізації процесу); «операційний цикл» (послідовність дій по створенню продукту – послуги з медичної допомоги); «вихід» (результат завершення операційного процесу – задоволення клієнтів клінічною якістю та/або якістю обслуговування). Умовами забезпечення якості процесів є: 1) обґрунтоване визначення результатів завершення процесу у формі критеріїв (параметрів, показників) та індикаторів їхньої якості; 2) визначення власників процесів (керівників структур), що є відповідальними за досягнення результатів певного процесу, виконують управлінські функції (планування, контроль виконання й своєчасне коригування) процесу, займаються його підтримкою, подальшим розвитком, удосконаленням якості продукту процесу (послуги з медичної допомоги); 3) своєчасне постачання необхідних ресурсів та їх ефективне використання у межах кожного процесу.</p> <p>3.3. Дієвим засобом постійного поліпшення якості медичної допомоги в рамках системи управління якістю є налагоджена система розробки, затвердження, погодження, поширення зовнішніх і внутрішніх нормативних документів (наказів, порядків, інструкцій, політик та ін.); запровадження, дотримання, періодичний перегляд і оновлення документів, що стосуються внутрішньої стандартизації та опису основних і допоміжних процесів; періодичний перегляд і оновлення медичних технологій на основі єдиної ідеології профілактики, діагностики і лікування – доказової медицини.</p> <p>3.4. Керівництву закладу максимально делегуються повноваження з організації діяльності, спрямованої на постійне поліпшення якості медичної допомоги, лікувально-діагностичного процесу, ефективності використання ресурсів, якості управління системою. Персонал закладу має усвідомлювати свою роль та місце у системі закладу, задля чого створюються умови залучення широкого кола співробітників до управління якістю за допомогою створення груп якості. На постійній основі проводяться навчання персоналу у напрямках, які мають значення при покращенні якості.</p> <p>3.5. Вагомим елементом ефективної системи управління якістю у закладі є організація зворотнього зв'язку у формі постійного моніторингу задоволеності користувачів у якості медичних послуг (клінічною якістю та якістю обслуговування) у медичному закладі. Постійний моніторинг дозволяє долучати клієнтів закладу до управління якістю для кращого розуміння їхніх потреб, а результати моніторингу застосовувати у виявленні прогалини, ризикових ситуацій, невідповідностей (дефектів) у системі та напрацювання форм їхнього усунення.</p>

СТАНДАРТНА ОПЕРАЦІЙНА ПРОЦЕДУРА

КНП «Консультативно – діагностичний центр»	
Комісія з інфекційного контролю	
СОП № 04	Стандартна операційна процедура
Версія 1	
Хірургічна обробка рук	

Етапи впровадження	Дата	Посада	Підпис	ПІБ
Розробили	21.10.2019	Головна медична сестра		Т. А. Кірієнко
Погодили	21.10.2019	Медичний директор		О. П. Світличний
Затвердили	21.10.2019	Генеральний директор		Г. С. Новицький

Актуалізували

01.03.2021		
Кірієнко Т.А., головна медична сестра		

Хірургічна обробка рук

1. Мета. 1.1. Попередження інфікування хірургічної рани пацієнта та одночасного захисту персоналу від інфекцій, що передаються через кров або інші виділення організму хворого.

2. Сфера застосування. 2.1. Перед кожним прямим контактом із пацієнтом, стерильним матеріалом та інструментарієм, перед тим, як надягати медичні рукавички.

2.2. Після кожного контакту з пацієнтом, із забрудненими поверхнями, рідинами, предметами; після того, як зняли медичні рукавички; після того, як користувалися туалетом.

3. Нормативна документація

3.1. Наказ МОЗ «Про затвердження методичних рекомендацій «Хірургічна та гігієнічна обробка рук медичного персоналу»» від 21.09.2010 № 798.

3.2. Наказ МОЗ «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів» від 04.04.12 № 236;

3.2. Регламент до антимікробного засобу.

4. Заходи безпеки

4.1. Використовуйте засоби індивідуального захисту.

4.2. Пройдіть інструктажі щодо застосування антимікробного засобу.

5. Матеріали та устаткування

5.1. Обладнання для гігієни рук:

- водопровідна вода.
- умивальник з холодною та гарячою водою та змішувачем, який бажано приводити в дію без доторкання рук.
- закриті ємкості з кранами для води, за наявності проблем з постачанням води.
- рідке мило з нейтральним значенням pH.
- спиртовий антисептик.
- антимікробний миючий засіб.
- засіб догляду за шкірою.
- нестерильні та стерильні одноразові рушники чи серветки.
- дозувачі пристрої для миючих та дезінфікуючих засобів, засобів для догляду за шкірою, рушників чи серветок.
- ємкості для використаних рушників та серветок.
- рукавички гумові одноразові нестерильні та стерильні.
- рукавички гумові побутові.
- дозувальний пристрій для шкірного антисептика.

6. Кроки процедури

6.1. Нанесіть на суху долоню рідке мило.

6.2. Долоня до долоні рук, включаючи зап'ястя..

6.3. Права долоня на ліву тильну сторону кисті та ліва долоня на праву тильну сторону кисті.

6.4. Долоня до долоні рук з перехрещеними пальцями

6.5. Зовнішня сторона пальців на протилежній долоні з перехрещеними пальцями

6.6. Колоподібне втирання лівого великого пальця в закритій долоні правої руки та навпаки

6.7. Колоподібне втирання зімкнутих кінчиків пальців правої руки на лівій долоні та навпаки.

6.8. Змийте руки під проточною водою,

6.9. Витріть руки одноразовим рушником насухо.

6.10. Нанесіть на сухі руки не менш ніж 3 мл антисептика для рук.

6.11. Повторіть кроки 6.2- 6.7.

6.12. Обробіть руки за стандартною методикою дезінфекції рук згідно з Європейським стандартом EN 1500 в шість стадій. Кожну стадію повторіть не менше ніж п'ять разів.

6.13. На сухі руки одягніть одноразові гумові рукавички.

7. Обов'язки, права, відповідальність

7.1. Працівник зобов'язаний дотримуватися заходів, спрямованих на профілактику внутрішньо-лікарняних інфекцій.

7.2. Працівник має право бути забезпеченим засобами індивідуального захисту.

7.3. Працівник відповідальний за дотримання процедури, що передбачає СОП.

8. Доповнення

8.1. Нігті мають бути коротко підстрижені урівні з кінчиками пальців, без покриття лаком та без пошкоджень на поверхні нігтів, без накладних нігтів.

8.2. Зніміть браслети, годинники, обручки перед тим, як оброблювати руки.

8.3. Не слід сушити руки за допомогою електросушарок.

8.4. Не доливайте засіб у дозатори антисептиків, які не повністю випорожнені. Всі випорожнені ємкості необхідно заповнювати в асептичних умовах, щоб запобігти їх інфікуванню. Рекомендується використовувати одноразові ємкості.

8.5. Доглядайте за шкірою рук.

Матриця опису процесу роботи з лікарськими засобами

№ п/п	Процес (що робить)	Власник (хто контролює-посада)	Особа, що забезпечує / регламентує процес (посада)	Виконавець процесу (посада)	Зовнішній регламент(накази, постанови КМ, МОЗ, МВС, обласної ради, міської ради)	Внутрішній регламент (наказ, процедура, алгоритм та ін.)	Документи та записи, які необхідно вести	Критерії контролю
1. ЕТАП ПЛАНУВАННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ								
1.1	Визначення та документування процесу отримання, транспортування, зберігання, використання, списання, обліку, утилізації та знищення лікарських засобів.	Генеральний директор	Медичний директор	1. Заступник медичного директора. 2. Головна медична сестра 3. Старша сестра медична.	1. Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996р. № 124/96-ВР, 2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально - профілактичних закладах» № 584 від 16.12.2003р. (зі змінами), 3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я» від 09.09.2014р. № 635 (зі змінами)	1. Наказ генерального директора №60/3-ОД від 29.12.2020р. «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради, 2. Порядок ведення обліку, приймання, зберігання, відпуску (переміщення), списання використаних лікарських засобів та медичних виробів у КНП Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради	Матриця описання процесу	Задokumentовані та затверджені процеси отримання, транспортування, зберігання, використання, списання, обліку, утилізації та знищення лікарських засобів (Карта процесів)
1.2	Визначення організаторів, виконавців та контролерів процесу отримання лікарських засобів	Генеральний директор	Медичний директор	1. Заступник медичного директора. 2. Головна медична сестра 3. Старша сестра медична;	1. Закон України «Про лікарські засоби» від 04.04.1996р. № 124/96-ВР, 2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально - профілактичних закладах» № 584 від 16.12.2003р. (зі змінами), 3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я» від 09.09.2014р. № 635 (зі змінами), 4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Правил утилізації та знищення лікарських засобів» від 24.04.2015р. № 242	1. Наказ генерального директора №60/3-ОД від 29.12.2020р. «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради, 2. Порядок ведення обліку, приймання, зберігання, відпуску (переміщення), списання використаних лікарських засобів та медичних виробів у КНП Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради	1. Накладна - вимога	1. Книга складського обліку (додаток 1) 2. Реєстр лікарських засобів, які надійшли до ЛПЗ (додаток 1) 3. Посадові інструкції задіяних працівників
1.3.	Визначення організаторів і виконавців	Генеральний директор	Медичний директор	1. Головна медсестра 2. Старша	1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Правил зберігання та проведення	Наказ генерального директора №60/3-ОД від 29.12.2020р. «Про затвер-	1. Накладна - вимога 2. Вхідний контроль проведено, результат	Задokumentовані та затверджені процеси отримання, транспортування, зберігання,

№ п/п	Процес (що робить)	Власник (хто контролює-посада)	Особа, що забезпечує / регламентує процес (посада)	Виконавець процесу (посада)	Зовнішній регламент(накази, постанови КМ, МОЗ, МВС, обласної ради, міської ради)	Внутрішній регламент (наказ, процедура, алгоритм та ін.)	Документи та записи, які необхідно вести	Критерії контролю
	процесу проведення вхідного контролю лікарських засобів			сестра медична;	контролю якості лікарських засобів у лікувально - профілактичних закладах» № 584 від 16.12.2003р. (зі змінами),	дження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради,	позитивний/ негативний, дозволено/ не дозволено до використання (застосування) (зазначити П.І.Б. уповноважену особи, дату проведення вхідного контролю, поставити підпис)	використання, списання, облік, утилізація та знищення лікарських засобів (Карта процесів)
1.4.	Визначення організаторів і виконавців процесу організації видачі лікарських засобів у підрозділах	Генеральний директор	Медичний директор	1.Головна медсестра 2.Старша сестра медична; 3.Сестра медична	1.Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально - профілактичних закладах» № 584 від 16.12.2003р. (зі змінами), 2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я» від 09.09.2014р. № 635 (зі змінами)	Наказ генерального директора №60/3-ОД від 29.12.2020р. «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради,	1.Накладна - вимога	1. Книга складського обліку (додаток 1), 2.« Журнал обліку відділеннями отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів» (додаток5), 3. « Журнал обліку фактично отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів постами (додаток 7).
1.5.	Визначення організаторів і виконавців процесу організації зберігання лікарських засобів у підрозділах	Генеральний директор	Медичний директор	1.Головна медсестра 2.Старша сестра медична 3. Сестра медична	1.Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально - профілактичних закладах» № 584 від 16.12.2003р. (зі змінами), 2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я» від 09.09.2014р. № 635 (зі змінами),	Наказ генерального директора №60/3-ОД від 29.12.2020р. «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради,	1. Листок реєстрації температури повітря та вологості у приміщенні 2. Листок реєстрації температури повітря у холодильнику	1. Книга складського обліку (додаток 1), 2.« Журнал обліку відділеннями отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів» (додаток5), 3. « Журнал обліку фактично отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів постами (додаток 7), 4. Журнал дотримання умов зберігання лікарських засобів (довільна форма).

№ п/п	Процес (що робить)	Власник (хто контролює посада)	Особа, що забезпечує / регламентує процес (посада)	Виконавець процесу (посада)	Зовнішній регламент(накази, постанови КМ, МОЗ, МВС, обласної ради, міської ради)	Внутрішній регламент (наказ, процедура, алгоритм та ін.)	Документи та записи, які необхідно вести	Критерії контролю
1.6	Визначення організаторів і виконавців процесу організації утилізації лікарських засобів у підрозділах	Генеральний директор	Медичний директор	1.Головна медсестра 2.Старша сестра медична 3. Сестра медична	1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально - профілактичних закладах» № 584 від 16.12.2003р. (зі змінами), 2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я» від 09.09.2014р. № 635 (зі змінами), 3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Правил утилізації та знищення лікарських засобів» від 24.04.2015р. № 242	Наказ генерального директора №60/3-ОД від 29.12.2020р. «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради,	1. Акт про наявність лікарських засобів, що не підлягають подальшому використанню (додаток1), 2. Форма надання інформації про лікарські засоби, що не підлягають подальшому використанню, передані для знешкодження, 3. Звіт про обсяги та методи знешкодження лікарських засобів	1. Книга складського обліку (додаток 1), 2.« Журнал обліку відділеннями отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів» (додаток5), 3. « Журнал обліку фактично отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів постами (додаток 7),
2. ЕТАП ПЛАНУВАННЯ РОБОТИ НА ПОТОЧНИЙ РІК								
2.1	Складання графіку отримання лікарських засобів	Генеральний директор	Медичний директор	1.Заступник медичного директора 2.Головна медична сестра	1.Наказ ДООЗ ЛОДА «Про розподіл лікарського засобу»	Наказ генерального директора №60/3-ОД від 29.12.2020р. «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради,	Графік отримання лікарських засобів у КНП ЛОР «ЛОКЛ»	Наявність графіка отримання лікарських засобів від КНП ЛОР «ЛОКЛ» на поточний рік
2.2.	Формування переліку звітної документації при роботі з лікарськими засобами	Генеральний директор	Медичний директор	1.Заступник медичного директора; 2.Головна медична сестра 3.Старша сестра медична; 4. Фельдшер/ сестра медична	1.Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я» від 09.09.2014р. № 635 (зі змінами),	Наказ генерального директора №60/3-ОД від 29.12.2020р. «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у КНП «КДЦ» Северодонецької міської ради,	1. Реєстр отриманих прибуткових накладних (додаток 3), 2. Реєстр виданих накладних (вимог) (додаток4), 3. Звіт про надходження і відпуск (використання) лікарських засобів та медичних виробів (додаток 6), 4. Звіт про надходження і використання лікарських засобів та медичних виробів постами, маніпуляційними кімнатами, кабінетами) (додаток 8)	1. Книга складського обліку (додаток 1), 2.« Журнал обліку відділеннями отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів» (додаток5), 3. « Журнал обліку фактично отриманих і використаних лікарських засобів та медичних виробів постами (додаток 7).

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»
СЕВЕРОДОНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

93400, Україна, Луганської обл., м. Северодонецьк, вул. Сметаніна, 5
ЄДРПОУ 42853384, тел.: (06452) 4-83-30 E-mail: knpkdc.sev@ukr.net

АКТ

про впровадження результатів дипломної роботи
на тему «Удосконалення системи управління якістю у
комунальних закладах охорони здоров'я»
КІРІЄНКО Тетяни Анатоліївни
на здобуття ступеня магістра за спеціальністю
281 «Публічне управління та адміністрування»

Результат наукового дослідження Кірієнко Тетяни Анатоліївни з теми «Удосконалення системи управління якістю у комунальних закладах охорони здоров'я» у формі розроблених «Організаційно-методичних змін для забезпечення реалізації окремих аспектів політики управління якістю» впроваджено та нині використовуються у Комунальному некомерційному підприємстві «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради.

Сформовані «Організаційно-методичні зміни для забезпечення реалізації окремих аспектів політики управління якістю у КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради», як то:

1. Методика оцінки клінічної якості медичних послуг закладу та якості обслуговування (сервісної якості) у медичному закладі.
2. Внутрішню стандартизацію діяльності закладу за допомогою системи документів: «матриць опису процесів» та «стандартів операційної процедури».
3. Створення групи якості у складі 6 осіб із представників усіх служб і підрозділів, які є обізнаними у питаннях якості своєї сфери функціонування, на чолі з головним спеціалістом з якості, посада якого має бути відокремлена в організаційній структурі закладу

Апробація результату впровадження «Організаційно-методичних змін для забезпечення реалізації окремих аспектів політики управління якістю» у КНП «Консультативно-діагностичний центр» підтверджує її теоретичну і практичну спрямованість, доводить доцільність подальшої реалізації у робочий процес з метою підвищення ефективності якості надання медичних послуг населенню.

Медичний директор КНП «КДЦ»

Завідувачка диспансеризацією



Олексій СВІТЛИЧНИЙ

Віра БЕЗДОЛЯ

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»
СЕВЕРОДОНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

93400, Україна, Луганської обл., м. Северодонецьк, вул. Сметаніна, 5
ЄДРПОУ 42853384, тел.: (06452) 4-83-30 E-mail: kpkdc.sev@ukr.net

АКТ

про впровадження результатів дипломної роботи
на тему «Удосконалення системи управління якістю у
комунальних закладах охорони здоров'я»
КІРІЄНКО Тетяни Анатоліївни
на здобуття ступеня магістра за спеціальністю
281 «Публічне управління та адміністрування»

Результат наукового дослідження Кірієнко Тетяни Анатоліївни з теми «Удосконалення системи управління якістю у комунальних закладах охорони здоров'я» у формі розробленої «Моделі системи управління якістю» впроваджено та нині використовується у Комунальному некомерційному підприємстві «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради.

Сформована «Модель системи управління якістю у КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради» передбачає взаємозв'язок політики управління якістю; її цілей (на стратегічному, оперативному і тактичному рівнях), виражених у критеріях з урахуванням зацікавлених сторін; результатів основних і допоміжних процесів у складі операційної системи закладу; індикаторів якості управління системою та індикаторів якості управління процесом.

Апробація результату впровадження «Моделі системи управління якістю» у КНП «Консультативно-діагностичний центр» підтверджує її теоретичну і практичну спрямованість, доводить доцільність подальшої реалізації у робочий процес з метою підвищення ефективності якості надання медичних послуг населенню.

Медичний директор КНП «КДЦ»

Завідувачка дитячим стаціонаром



Олексій СВІТЛИЧНИЙ

Віра БЕЗДОЛЯ

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«КОНСУЛЬТАТИВНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»
СЕВЕРОДОНЕЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

93400, Україна, Луганської обл., м. Северодонецьк, вул. Сметаніна, 5
ЄДРПОУ 42853384, тел.: (06432) 4-83-30 E-mail: knplcdc.sev@ukr.net

АКТ

про впровадження результатів дипломної роботи
на тему «Удосконалення системи управління якістю у
комунальних закладах охорони здоров'я»

КІРІЄНКО Тетяни Анатоліївни

на здобуття ступеня магістра за спеціальністю
281 «Публічне управління та адміністрування»

Результат наукового дослідження Кірієнко Тетяни Анатоліївни з теми «Удосконалення системи управління якістю у комунальних закладах охорони здоров'я» у формі розробленої «Політики у сфері управління якістю медичної допомоги» впроваджено та нині використовується у Комунальному некомерційному підприємстві «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради.

Сформована «Політика у сфері управління якістю медичної допомоги у КНП «Консультативно-діагностичний центр» Северодонецької міської ради», декларує, що віднині головним напрямом діяльності медичного закладу визнано постійне поліпшення якості послуг з медичної допомоги на користь задоволення потреб споживачів медичних послуг (пацієнтів) з урахуванням інтересів усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін. Політика сформована на основі європейських підходів до якісних систем охорони здоров'я, вимог національних, гармонізованих з міжнародними, стандартів до системи управління якістю – Національним стандартом ДСТУ EN 15224:2019 (EN 15224:2016, IDT) – «Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я».

Апробація результату впровадження «Політика у сфері управління якістю медичної допомоги у КНП «Консультативно-діагностичний центр» підтверджує її теоретичну і практичну спрямованість, доводить доцільність подальшої реалізації у робочий процес з метою підвищення ефективності якості надання медичних послуг населенню.

Медичний директор КНП «КДЦ»

Завідувачка денним стаціонаром



Олексій СВІТЛИЧНИЙ

Віра БЕЗДОЛЯ