

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу


ВІЛІБНИЦЬКА Наталія Миколаївна

**Організація системи надання якісної медичної
допомоги в закладі охорони здоров'я. /
Organization a system of quality care in a
healthcare institution**

спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзм-21
Н. М. Вілібницька



Науковий керівник:
к.е.н., доцент, О. З. Апостолюк



Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"04"  _____ 2020 р.

Завідувач кафедри


_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	7
1.1. Сутність медичної допомоги та формування оцінки її якості.....	7
1.2. Нормативно-правове регулювання організації системи надання якісної медичної допомоги.....	16
Висновки до розділу 1.	27
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДІЮЧОЇ ПРАКТИКИ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ «ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	29
2.1. Аналіз діючої практики оцінки якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР	29
2.2. Оцінка системи контролю за якістю надання медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР	40
2.3. Моніторинг та оцінювання організації системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР	48
Висновки до розділу 2	55
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ «ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	57
3.1. Удосконалення діючої системи управління якістю надання медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР	57
3.2. Розробка моделі системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР	65
Висновки до розділу 3	76
ВИСНОВКИ	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	82

ВСТУП

Актуальність проблеми. Інтеграція України в систему Європейського Союзу пов'язана не лише з економічною чи соціальною стороною, а й зі зміною рівня якості медичної допомоги до відповідних європейських стандартів. Одним з пріоритетних напрямків реформування системи охорони здоров'я України визначено забезпечення якості медичної допомоги. Сучасні пацієнти, як відомо, більш освічені та проінформовані, їхні вимоги до якості медичної допомоги відрізняються від попередніх, отже, в такий спосіб пацієнти визначають необхідність підвищення її якості.

Забезпечення якості медичної допомоги зростає в період реформування галузі охорони здоров'я. Якість медичної допомоги є наслідком сучасного стану розвитку суспільства, а також найкращою запорукою одержання та підтримки конкурентних переваг медичного закладу. Загальне охоплення послугами охорони здоров'я - одна з цілей в області сталого розвитку послуг охорони здоров'я. Вона передбачає забезпечення безпеки громадського здоров'я та загального доступу до основних послуг медико-санітарної допомоги.

Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Виходячи з цього визначення допомога низької якості навіть якщо вона надається за доступною ціною перешкоджає досягненню ефективного загального охоплення послугами охорони здоров'я, тому що люди не будуть користуватися послугами, яким вони не довіряють і які приносять їм мало користі. Механізми забезпечення, моніторингу та постійного підвищення якості повинні стати базовими процесами систем охорони здоров'я [15, 32].

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Проблемам якості надання медичної допомоги як на національному, так і на регіональному рівні приділено увагу в роботах багатьох вітчизняних учених, зокрема: Акопов В.І.,

Антюшко Т.Д., Бедорева І.Ю., Блохина М.В., Воробйова В., Гуляєв В.А., Гук А.В., Гуцин Г.В., Зіменковський А.Б., Лехан В. М., Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.Н., Огньов В.А. та інші. У своїх роботах вони висвітлювали окремі аспекти системного підходу до підвищення якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я зі стаціонарним або амбулаторним типом лікування. Натомість якості надання медичної допомоги працівниками екстреної медичної допомоги приділялось менше уваги і публікацій майже немає.

Метою випускної кваліфікаційної роботи є встановлення рівня якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я та розробка методів його підвищення.

Завданнями випускної кваліфікаційної роботи є:

- встановити суть медичної допомоги та формування оцінки її якості;
- дослідити нормативно-правове регулювання організації системи надання якісної медичної допомоги;
- провести аналіз діючої практики оцінки якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР;
- оцінити систему контролю за якістю надання медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР;
- проаналізувати процес проведення моніторингу та оцінювання організації системи надання якісної медичної допомоги;
- визначити шляхи удосконалення системи управління якістю надання медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК » ТОР;
- розробити модель системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР.

Об'єктом дослідження є система якості надання медичної допомоги в закладах екстреної медичної допомоги.

Предметом дослідження є система якості та безпечності надання медичної допомоги комунальним некомерційним підприємством «Центр

екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Тернопільської обласної ради.

Методи дослідження у випускній кваліфікаційній роботі використано сукупність загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, що застосовуються у науковому пізнанні, а саме: системний аналіз (для розкриття структури ієрархічного підпорядкування в закладі охорони здоров'я - розділ 2); порівняльний аналіз (для співставлення понять «медична допомога» та «медична послуга» – розділ 1); факторний аналіз (для виявлення чинників, що зумовлюють необхідність вдосконалення механізму координації діяльності місцевих органів влади в питаннях охорони навколишнього природного середовища – розділ 2); метод анкетування (для аналізу рівня якості надання медичної допомоги працівниками швидкої допомоги – розділ 2), статистичний аналіз (для статистичної обробки отриманих даних анкетування – розділ 2).

Практична значущість отриманих результатів полягає у проведенні аналізу діючої практики оцінки якості надання медичної допомоги працівниками екстреної медичної допомоги. Проведено аналіз системи контролю за якістю надання медичної допомоги працівниками швидкої медичної допомоги, а також розроблено спеціальну анкету для діагностики якості надання медичної допомоги працівниками закладу. Також проведено аналіз якості надання медичної допомоги працівниками центру екстреної медицини на основі об'єктивних показників їхньої роботи, а саме – даних, вказаних у медичних картах. Для цього було розроблено критерії аналізу та їх оцінки, які можуть бути використані і в подальшій роботі медичного закладу.

На основі отриманих даних розроблено шляхи удосконалення організації системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР, а саме: критерії якості для кожного співробітника, відповідно до виду і обсягу медичної допомоги, визначених посадовими інструкціями, а для оцінки підготовленості станції швидкої медичної допомоги до здійснення ефективного контролю якості швидкої медичної допомоги розроблено методіку комплексної оцінки по 3 компонентах: адміністративна підготовленість,

кадрова та підготовленість пацієнтів. Також розроблено алгоритм імплементації у медичному закладі системи менеджменту якості та окремих елементів ISO 9000. Сформовані пропозиції інтегровані у практику медичної роботи закладу екстреної медичної допомоги, що підтверджується довідкою про впровадження.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано 2 тез-доповідей на тему: «Організація системи надання якісної медичної допомоги» у Збірку тез всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, ТНЕУ 2020) та «Аналіз системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР» у Збірнику V Ювілейної науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, ЗУНУ 2020).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Сутність медичної допомоги та формування оцінки її якості

Напрямок формування системи охорони здоров'я України, який формується внаслідок дії прискорених змін цивілізаційних процесів на нашій планеті, вимагає імунізації населення всього світу та України зокрема, і повинне стояти як загальнонаціональне завдання.

Рівень здоров'я населення має безпосередній вплив на процеси і результати економічного, етнографічного, соціального, наукового і культурного розвитку країн. Також, середня тривалість життя мешканців країни є критерієм ступеня розвитку медичної сфери і рівня економічного стану держави.

На сьогодні, стан здоров'я громадян України діагностується як кризовий, на що вказують негативні тенденції в таких показниках: показники відтворення населення (медико-демографічні дані), показниках розвитку дітей і наявності фізичних сил у дорослого відсотку населення (показники фізичного розвитку) та адаптації населення до впливу екологічного стану середовища (захворюваність, інвалідність). При цьому, в Україні, як і у всіх інших країнах світу, є всі визначальні показники здоров'я, на яких наголошують у своїх дослідженнях лікарі ВООЗ (рис. 1.1).

Сьогоднішній стан української системи охорони здоров'я не дозволяє забезпечити належний рівень якості та відповідної оперативності надання медичної допомоги та послуг зі збереження здоров'я пацієнтів та населення загалом, належний рівень профілактики захворюваності та летальних випадків, тобто, задовольнити в повному об'ємі потреби населення в медичній допомозі.

Сьогоднішній стан української системи охорони здоров'я не дозволяє забезпечити належний рівень якості та відповідної оперативності надання медичної допомоги та послуг зі збереження здоров'я пацієнтів та населення загалом, належний рівень профілактики захворюваності та летальних випадків, тобто, задовольнити в повному об'ємі потреби населення в медичній допомозі.

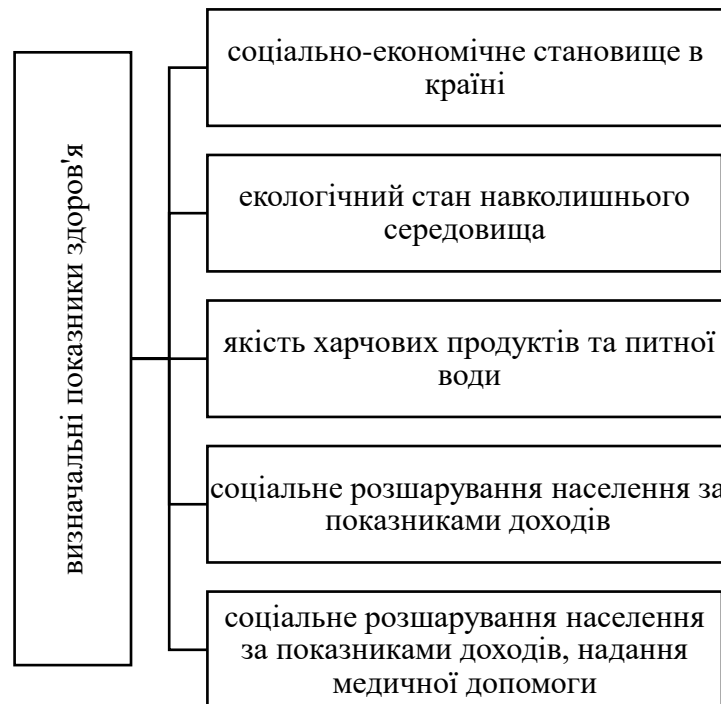


Рис. 1.1. Визначальні показники здоров'я в Україні

Примітка. Складено автором за [49]

На сьогодні охорона здоров'я – одна з провідних галузей сфери виробництва послуг, а згідно Статті № 49 Конституції України кожен громадянин нашої держави має право на охорону здоров'я та медичну допомогу, а також право на медичні послуги. Водночас встановлення семантики поняття «медичні послуги» має першочергове значення, бо у залежності від їх ефективності, залежатиме рівень задоволеності якістю життя в країні.

Вокабула «медична послуга» з'явилася у юридичному обіході України ще на початку 90-х років двадцятого століття, однак до цього у всіх нормативних

документах чинного законодавства це поняття вживалося набагато рідше, ніж поняття «медична допомога».

Конституційний Суд України рішенням № 15-рп/98 (справа про платні медичні послуги) від 25.11.1998р. вказав, що семантика поняття «медична допомога» в Конституції України не відкрита у необхідній мірі. Немає точного визначення цього терміну і в Основах законодавства про охорону здоров'я та інших нормативних актах. Однак, у медичній науці термін «медична допомога» зазвичай охоплює лікування та профілактику, які проводяться під час захворювань, травм чи пологів, а також при медичному огляді та інших видах медичних робіт. Зміст же близького до «медичної допомоги» вокабули «медична послуга» до цього часу залишається не в'ясненим не лише в нормативних актах, а й у професійній медичній літературі. В результаті чого, Конституційний Суд України констатував факт відсутності точного формулювання терміну «медична послуга», що призводить до того, що на нормативному рівні дане питання досі не врегульоване.

В контексті підвищення рівня якості надання медичної допомоги зростає значення запровадження ефективних схем, методів та механізмів оцінки якості медичних послуг в системі охорони здоров'я та кожному конкретному медичному закладі. Загалом, оцінка якості є скоординованою діяльністю, яка полягає у спрямуванні та контролюванні системи охорони здоров'я на всіх рівнях щодо якості медичної допомоги. Управління якістю медичної допомоги ґрунтується на отриманні об'єктивної, повної та достовірної інформації про реальні події, встановленні відповідності наданих медичних послуг затвердженим стандартам медичної допомоги та клінічним настановам.

Оцінка якості медичних послуг в медичному закладі, як система, містить такі складові: контроль якості; забезпечення якості; планування якості та поліпшення якості. Слід, також констатувати, що разом зі зміною уявлень про якість медичної послуги має змінюватися і концептуальна модель управління якістю. За сучасними підходами загально визнаними є такі концептуальні моделі:

1. Контроль якості (quality control) – методи та види діяльності оперативного характеру, що використовуються для виконання вимог щодо якості медичної послуги.

2. Забезпечення якості (quality assessment) – види діяльності, що передбачають заходи, спрямовані на підтвердження дотримання встановлених медичних стандартів (критеріїв) якості і надання впевненості пацієнту в тому, що послуга буде якісною.

3. Постійне підвищення якості (continuous quality improvement) – заходи, що реалізуються в медичному закладі з метою підвищення ефективності та результативності клінічних процесів.

Можна виділити чотири базові принципи, на яких ґрунтується процес безперервного покращення якості медичної послуги. Це:

- чітке визначення цілей поліпшення якості;
- розроблення, поширення та застосування найкращих медичних практик;
- постійна професійна самооцінка, самодіагностика та саморегулювання;
- залучення пацієнтів до проектів підвищення якості.

При аналізі літературних джерел, то з точки зору С.В. Антонова, медична послуга – це вид професійної або господарської діяльності медичних закладів (організацій), фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною юридичною практикою, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я (результатом чого є покращення загального стану, відновлення фізіологічного функціонування окремих органів чи систем органів або загалом всього організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності.

Ряд вчених розглядають медичну послугу як технологічний процес, який не зациклений виключно на медичній допомозі та надається на платній основі для фізичної особи (Гіжеський В.К., Головченко В.В., Ковальський В.С.).

Медичну послугу також можна визначати як діяльність надавача послуг, що спрямована на досягнення результату, корисні властивості якого здатні задовольнити потреби особи у відновленні і (або) підтриманні її здоров'я,

безпосередньо в процесі протікання доцільної діяльності надавача послуг, який не має упередженого вираження (матеріальної форми) і не може бути гарантований лікарем [1,2].

Чітких критеріїв для розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга» на сьогодні немає, зазвичай для цього обирають «місце надання послуг» та «механізм фінансування оплати за їх надання». Відповідно до частини 3 Ст. №49 Конституції України у державних і комунальних закладах охорони здоров'я «медична послуга» надається безоплатно. У приватних суб'єктів медичної діяльності ці послуги надаються, зазвичай, за грошову винагороду. Н. Гайдай іншим критерієм виділяє стан, у якому пацієнту необхідно надати медичну допомогу або послугу. Тим не менш, вказані критерії поділу є досить умовними, бо невідкладна медична допомога, що надаватиметься у приватній клініці може також трактуватися як медична допомога. Таким чином, стан пацієнта може бути однозначним критерієм розмежування понять [24].

Із наукових праць С.В. Антонова до критеріїв поділу цих понять також можна віднести «мету» (кінцевий результат). Метою всіх дій медичного закладу при зверненні особи для лікування є поліпшення здоров'я людини, а її результатом — відсутність проявів хвороби (одужання). У разі звернення здорової людини для корекції окремих рис своєї зовнішності, результатом медичного втручання є естетичні зміни. Виходячи з цього, результатом надання медичної допомоги може бути не лише лікувальний ефект, а й зміна зовнішності пацієнта. Результатом медичної допомоги завжди повинно бути досягнення лікувального, діагностичного або профілактичного ефекту. Як зазначено автором, у межах медичної послуги може бути здійснена і медична допомога, а тому вона може бути частиною медичної послуги.

О. Беденко-Зваридчук, яка у своїх наукових роботах декларувала протилежну точку зору для повноцінного розмежування понять «медична послуга» та «медична допомога». Так, семантикою терміну «медична послуга» було надання медичної допомоги, згідно умов договору щодо надання медичної

послуги, натомість «медична послуга» – це одна із складових медичної допомоги. Таким чином, автор вважає, що ці поняття не є тотожними, а термін «медична допомога» є значно ширшим і включає в себе послуги медичного характеру [2].

На сьогодні виділяють такі особливості медичної допомоги:

- підставою надання медичної допомоги є договір;
- у разі відсутності вказаних у договорі умов медична послуга не надається;
- якщо договір не укладений, то медична послуга юридично не вважається за «послугу».

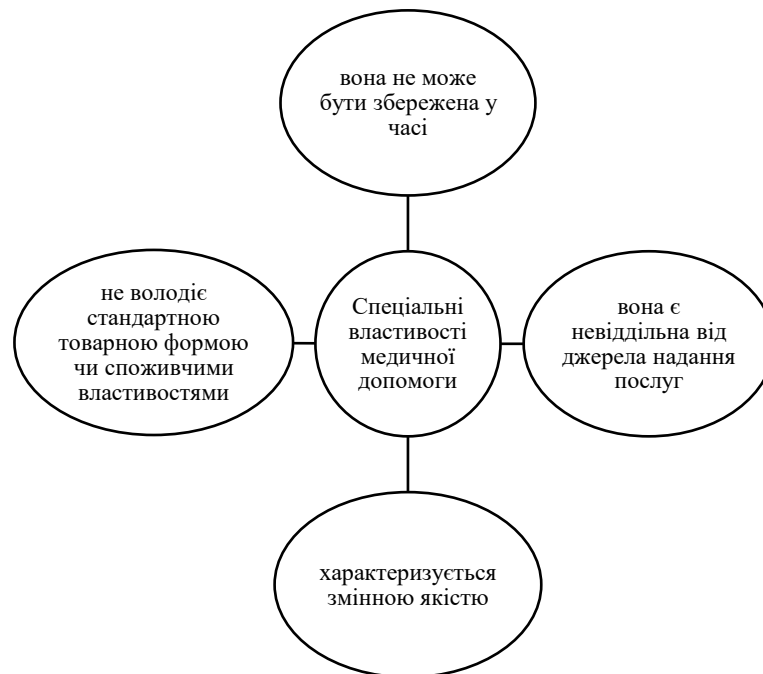


Рис. 1.2. Спеціальні властивості медичної допомоги

Примітка. Складено автором за [24]

Інший погляд на «медичну послугу» в авторів [3,5], які вважають її окремим видом медичної допомоги, який також різниця і обсягом здійснених медичних маніпуляцій, які надаються медичним закладом пацієнту в окремих правових рамках. Іншим баченням на «медичну послугу» є, те що сфера її застосування характеризується суспільними відносинами, в яких громадяни для задоволення індивідуальних особливих потреб, як правило, за станом здоров'я,

отримують відповідну споживну вартість у вигляді спеціалізованої медичної діяльності медичної організації або окремого фахівця в області медицини [13].

З точки зору юриспруденції, «медична допомога» і «медична послуга» відрізняються за режимом правового регулювання. Так, згідно законодавства України надання медичної допомоги знаходиться у сфері публічного права, в той час як надання медичної допомоги – відноситься до приватного права.

У дослідженні [23] виокремлено ряд особливостей нематеріальних послуг, у тому числі і медичних:

- нероздільності послуг від об'єкту їх надання;
- вартість може змінювати у процесі надання послуги;
- відносності гарантій результатів.

Згідно результатів дослідження О.В. Чехуна можна виділити ряд особливостей медичної послуги [68]:

- медична послуга – це діяльність (сукупність дій), яку можуть здійснювати не всі особи, тобто це професійна діяльність чи сукупність професійних дій.

- будь – яка діяльність повинна досягти відповідної мети. Медична діяльність базується на “об’єктивній потребі людей у збереженні та відтворенні свого тілесного існування”.

- зазвичай, результат медичної діяльності не має матеріального результату.

- досягнення запланованого результату не може бути гарантовано на 100%.

- медична послуга супроводжується еквівалентною грошовою винагородою, при цьому оплата складається з матеріальних витрат виконавця та його винагороду.

На думку авторів [6], характерними ознаками медичної допомоги є:

- задовольняє потребу пацієнта в охороні та зміцненні її здоров'я;

- відсутність видимих критеріїв необхідності отримання медичної послуги, так як медична допомога є необхідною при погіршенні стану здоров'я, яке не може бути точно прогнозоване та виміряне по всьому об'ємі необхідних дій;

- відсутність чіткого хронометражу надання медичної послуги. Так як, з медичними послугами людина зустрічається впродовж всього свого життя необхідно точно встановити час їх надання. Також необхідно зазначити, що неможливо чітко встановити термін проявлення результату, прогнозування необхідності додаткових медичних досліджень, а період між завершенням послуги та настанням очікуваного результату може зайняти значний проміжок часу;

- відсутність стабільних результатів при виконанні розробленого алгоритму дій, а також суб'єктивна оцінка якості;

- багатокomпонентність медичної допомоги – складаються з «простих» послуг і є результатом роботи працівників з різним медичним фахом;

- не зважаючи на те, що метою будь-якої медичної послуги є покращення фізичного стану пацієнта, вона завжди пов'язана з матеріальною оплатою наданих послуг;

- надаються усім особам, які здатні оплатити їх здійснення;

- не може бути стандартизоване, так як не можливо передбачити всі фактори, які впливають на кінцевий результат;

- підвищені вимоги з боку держави - суб'єкт надання медичної допомоги повинен володіти необхідними кваліфікаційними знаннями та здібностями, мати ліцензію на здійснення медичної практики та постійно проходити акредитацію для підтвердження свого медичного рівня.

Якість – суб'єктивна ціннісна категорія і дві людини можуть розуміти її по-різному. Перед початком аналізу якості медичної допомоги необхідно встановити семантику самої вокабули, так, згідно даних словника, під цим терміном необхідно розуміти наявність визначальних ознак, характеристик,

якостей, властивостей, особливостей, що відрізняють один умовний предмет від аналогічного [1]. Якість медичної допомоги можна трактувати як виконання професійних медичних стандартів і відповідність наданої медичної допомоги інтересам та очікуванням пацієнта. Окрім вказаного вище терміну, існує ще ряд семантичних характеристик якості медичної допомоги [7;10;12;20]:

- використання медичної знань та сучасних технологій з максимальною вигодою для здоров'я людини, але з мінімальним ризиком; відповідно до цього рівень якості – співвідношення отриманої вигоди до ризику для здоров'я;

- здійснення на високому рівні маніпуляцій, передбачених медичними стандартами, що розроблені доказовою медициною та забезпечують низький рівень небезпеки для здоров'я пацієнта;

- адитивність усіх характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги наявним потребам пацієнта, виправдовують його очікуванням, та здійснені відповідно до сучасного рівня медичної науки та з використанням передових технологій.



Рис. 1.3. Загальні вимоги до лікаря, щодо якості надання медичної допомоги

Примітка. Складено автором за [10;12;22]

З іншої точки зору, якість медичної допомоги - процес взаємодії пацієнта та лікаря, який ґрунтується на професійних якостях останнього (рис. 1.3).

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я, якість медичної допомоги – це відповідне стандартам та клінічним протоколам здійснення всіх заходів, які є безпечними для життя пацієнта, науково та економічно обґрунтованими і які здатні безпосередньо впливати на смертність, захворюваність та інвалідність населення [14].

Науковець А. Донабедян вбачав в понятті «якість медичної допомоги» три основних компоненти - структуру, процес та результат [19]. Так, структура процесу визначається сукупністю характеристик наявних ресурсів для надання допомоги, а саме: фінансового забезпечення пацієнта, наявність кваліфікованого медичного персоналу, а також враховуються організаційні аспекти. Структура повинна бути простою, але достатньою для висвітлення усіх необхідних аспектів роботи медичного закладу, тим не менш, існує відносно слабкий зв'язок між структурою та результатами роботи закладу [9].

Таким чином, якість – суб'єктивна ціннісна категорія і дві людини можуть розуміти її по-різному. Розглядаючи різноманітні варіанти визначення якості медичної допомоги, необхідно враховувати її визначення у словнику, згідно з яким, під названим терміном слід розуміти наявність суттєвих ознак, властивостей, особливостей, що відрізняють один предмет або явище від інших. Основою для розгляду цього поняття є те, що якість медичної допомоги може бути визначена як виконання професійних медичних стандартів і відповідність наданої медичної допомоги інтересам та очікуванням пацієнта.

1.2. Нормативно-правове регулювання організації системи надання якісної медичної допомоги

Як зазначено у Конституції України - життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, і кожний громадянин України

має право на охорону здоров'я та медичну допомогу [16]. Підвищення якості медичної допомоги залишається першочерговою проблемою для покращення [2;12;17;18]. Метою, а також критерієм роботи всієї системи охорони здоров'я починаючи від первинного закладу охорони здоров'я до самого Міністерства охорони здоров'я є підвищення якості надання медичної допомоги [13]. Забезпечення і підвищення якості медичної допомоги є одним з передових завдань в Україні, з яким зіштовхнулися і інші країни, а також Всесвітня організація охорони здоров'я. Основні напрямки підвищення доступності та якості медичної допомоги визначено в Програмі економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» та постанові Кабінету Міністрів України від 02.02.2011 р. № 389 «Про затвердження Програми розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні». Для забезпечення постійного підвищення якості надання медичної допомоги необхідно забезпечити комплексний, інтегрований та динамічний підхід, результатом якого буде покращення результатів роботи системи загалом. Це можна досягнути через постійну модифікацію і вдосконалення самої системи, а також внаслідок постійного розвитку працівників, їхньої практики для забезпечення високих результатів роботи [14]. Для підготовки та впровадження політики управління якістю медичної допомоги в Україні потрібно зважати на соціально-економічні обставини становлення охорони здоров'я, існуючу практику надання медичної допомоги населенню, матеріально-технічну базу закладів медичного спрямування, досвід інших країн, а також напрацювання міжнародних експертів з проблеми якості медичної допомоги [9;11;15].

Процес включає в себе характеристики медичної допомоги, яка може надаватися пацієнту. Найважливішими є: обґрунтованість їх здійснення, адекватність за обсягом втручання, професіоналізм персоналу відповідно до методу, узгодженість дій та послідовність.

Обмеження оцінки процесу обумовлені відсутністю еталонного взірця, а весь оптимальний процес надання медичної допомоги і всі зареєстровані

відхилень від стандартів при аналізі результатів лікування носять суб'єктивний характер. Натомість якість лікування визначається за його кінцевими змінами фізіологічного стану пацієнта: відсутності термінальних станів, функціональний стан організму, інвалідність, а також мірою задоволеності пацієнтів отриманою допомогою. Результати лікування та, відповідно, загальний стан здоров'я людини є визначальною мірою якості медичної допомоги, так як цих дві характеристики мають визначальне значення для пацієнтів, та медичних працівників. Для здійснення об'єктивної оцінки результатів надання медичної допомоги та для проведення порівняння роботи закладів охорони здоров'я застосовуються статистичні методи, які що дозволяють оцифрувати дані та встановити відмінності у вихідних клініко-демографічних показниках хворих. Таким чином, результати лікування пацієнтів у відповідному медичному закладі можна віднести до однієї з трьох категорії (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Прогнозовані результати лікування пацієнтів

Примітка. Узагальнено автором за [21].

Складнощі оцінки якості за результатами лікування обумовлені відсутністю єдиної думки про характеристику результатів, які є наслідком отриманої медичної допомоги, та недостатній інформації щодо можливостей покращення та оптимізації результатів за умов відповідності стандартам структури й процесу в закладах охорони здоров'я [22].

Теорія управління якістю виділяє вісім основних характеристик якості надання медичної допомоги (рис. 1.5).

1. Професійна компетентність обумовлюється рівнем умінь та навичок, що розвиваються в процесі діяльності працівників закладів медичного спрямування, в діяльності їх керівництва та обслуговуючого персоналу.

2. Доступність медичної допомоги відзначається рівнем надання безперешкодної допомоги, без врахувань географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або лінгвістичних чинників.



Рис. 1.5. Вісім характеристик у системі якості надання медичної допомоги
Примітка. Узагальнено автором за [6,27].

3. Результативність показник якості лікування пацієнта та досягнення поліпшення його фізіологічного стану або бажаного результату.

4. Особисті взаємини - якість взаємодії між медичним персоналом і пацієнтом, керівництвом закладу і його працівниками, медичними працівниками і місцевими жителями.

5. Економічна ефективність встановлюється розрахунком значення потреби в обслуговуванні до наявних ресурсів для надання допомоги. Цей показник досягається через надання оптимального пакету медичної допомоги пацієнту, тобто більше допомоги найкращої якості, що можливо за наявних ресурсів та технічного оснащення.

6. Безперервність і послідовність є характеристикою, яка показує ступінь отримання медичного обслуговування для пацієнта без затримок, зупинок або непотрібних повторень обстежень або лікування.

7. Безпечність визначається в цифровому вимірі, як показник надання медичної допомоги при найнижчому значенні можливості травматизму, інфікування, побічних явищ що можуть виникнути у процесі надання медичної допомоги.

8. Зручність надання медичної допомоги не відноситься до клінічних характеристик ефективності роботи медичного закладу, але цей показник може позитивно вплинути на рівень задоволеності пацієнта якістю обслуговування. Комфорт визначається зовнішнім виглядом лікарні та палат, якістю обладнанням і професіоналізмом персоналу, а також заходами щодо забезпечення комфорту і зручності.

Діяльність для підвищення якості медичної допомоги може вибрати за цілі одну або декілька характеристик з вказаного вище переліку. Робота з цими характеристиками дозволить встановити необхідні межі, для подальшої роботи експертів щодо аналізу проблематики якості та оцінці ступеня дотримання при лікуванні пацієнтів стандартів. Кожну з цих характеристик слід розглядати у світлі специфічної програми і в місце в тому контексті [4,26].

Професійна компетентність. Ця характеристика передбачає наявність відповідних навичок і знання для виконання операційної роботи медичних працівників і допоміжного персоналу, тобто, для забезпечення якості професійної медичної допомоги медичний персонал закладів охорони здоров'я повинен бути кваліфікований та володіти високою якістю професійних знань, постійно підвищувати кваліфікацію і відповідати необхідному рівню

практичного досвіду, який забезпечить виконання на високому рівні професійних процесів. Професійна компетенція є показником якості дотримання медичним працівником клінічних протоколів, алгоритмів лікування в стандарті для забезпечення надійності, охайності, послідовності. До цієї категорії відносяться клінічні навички діагностики, лікування і профілактики захворювань, а також лікарські знання, вміння поставити правильний діагноз, вилікувати хворого.

Особливу увагу потрібно приділяти правильній інтерпретації даних анамнезу та фізичного огляду, врахуванню клінічних особливостей пацієнта під час складання списку його проблем, пов'язаних зі здоров'ям, формулювання найбільш імовірного та диференціальних діагнозів. Щодо компетенції керівного робітника йдеться передусім про вміння приймати оптимальні рішення з приводу нагальних проблем і здійснювати ефективне управління. Брак компетентності може призвести до різних наслідків: від незначних відхилень від стандарту до важких помилок, які знижують ефективність лікування або навіть ставлять під загрозу здоров'я та життя пацієнта.

При розгляді оптимізації якості надання медичної допомоги виділяють п'ять бар'єрів (рис. 1.6).

Географічна доступність обумовлена відсутністю транспортної інфраструктури, якістю дорожнього полотна, часом транспортування та рядом інших умовностей, які можуть зумовити зниження ефективності надання пацієнту якісної допомоги. Економічна доступність, як вже зазначалося раніше, обумовлена фінансовим станом пацієнта. Соціальна доступність обумовлена різним світосприйняттям медичної допомоги через призму культурних цінностей пацієнта чи його віросповідання. Організаційна доступність характеризується оптимальністю організації роботи медичних служб. Лінгвістична доступність зумовлена наявністю лексичної перепони між лікарем та пацієнтом, саме тому передбачається використання в роботі медичного персоналу мови пацієнта, який звернувся по допомогу. Результативність Якість

роботи служб охорони здоров'я залежить від результативності існуючих правил, чинних норм і клінічних протоколів.

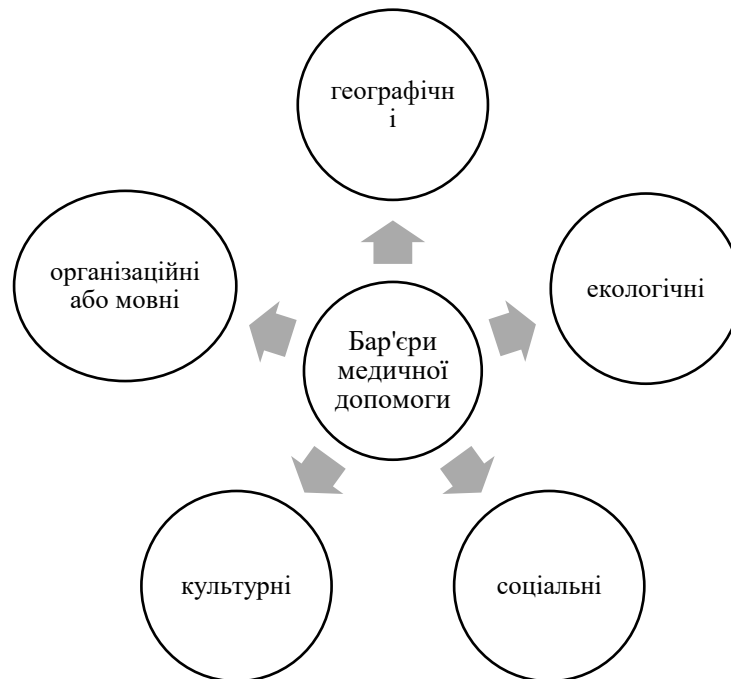


Рис. 1.6. Основні бар'єри надання якісної медичної допомоги

Примітка. Узагальнено автором за [38].

Аналіз моделей управління якістю дозволяє зробити висновок про те, що індустріальний варіант відповідає потребам і інтересам пацієнтів, оскільки в його основі лежить принцип задоволеності споживача, який є базовим при побудові систем якості за міжнародними стандартами і вимогами ISO.

Як свідчить аналіз практики впровадження систем управління якістю в медичних закладах України, такий процес є неактивним і проблемним. Як зазначає Вороненко Ю.В., зважаючи на прийняті нормативні акти МОЗ України щодо впровадження таких систем в практичну діяльність медичних закладів, нагальною проблемою для їх керівництва на сучасному етапі слід вважати прийняття вмотивованих управлінських рішень про імплементацію системи управління якістю, що відповідає вимогам ДСТУ ISO 9001, у загальну систему управління закладом [8]. При цьому важливим є врахування елементів діючої системи якості, які функціонують у рамках чинного галузевого законодавства для того, щоб уникнути дублювання функцій та перенавантаження

організаційної структури управління. В цьому сенсі важливе значення має самооцінювання діючої системи оцінки якості в медичному закладі. Етапи реалізації вимог міжнародного стандарту якості ISO 9000, наведені на рис.1.7.

В цілому, міжнародний стандарт якості ISO 9001 ґрунтується на двох методологічних принципах:

1) впровадженні процесного підходу та орієнтації надання медичної послуги на потреби і очікування пацієнта;

2) задоволення очікувань пацієнтів.

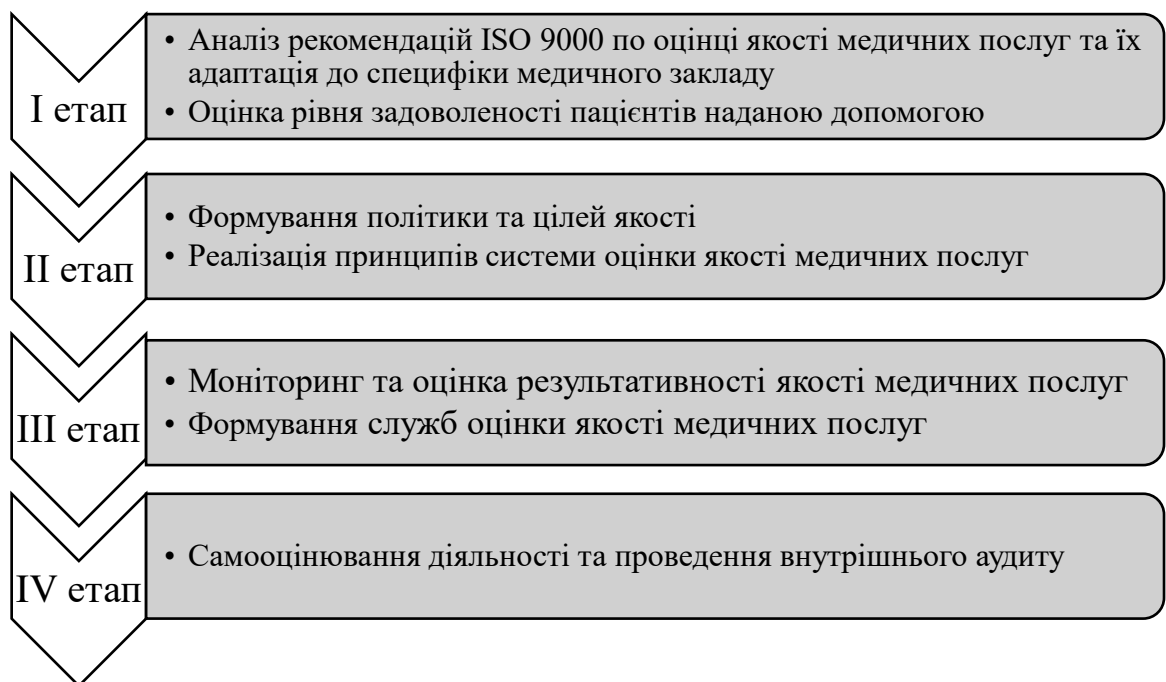


Рис. 1.7. Етапи реалізації вимог міжнародного стандарту якості ISO 9000

Примітка. Узагальнено автором за [61].

Процеси системи управління якістю, відповідно до міжнародних стандартів ISO 9001 в їх адаптації до закладу охорони здоров'я, можна розділити на основні чотири групи:

- процеси, що пов'язані із відповідальністю керівництва медичного закладу у сфері якості;
- процеси з управління ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу;

- процеси безпосередньо надання медичної допомоги (лікувальної, профілактичної, діагностичної, реабілітаційної, догляду за хворими.);
- процеси моніторингу, оцінки, аналізу, вимірів та поліпшення кожного процесу діяльності [38].

З метою впливу на рівень якості надання медичної послуги закладами охорони здоров'я на державному рівні впроваджено такі механізми:

- ліцензування діяльності з медичної практики та контроль за виконанням ліцензійних умов;
- акредитація закладів охорони здоров'я;
- впровадження системи медичних стандартів у сфері охорони здоров'я;
- здійснення контролю за якістю медичної допомоги;
- проведення сертифікації медичних закладів відповідно до стандарту ISO 9001.

Отже, оцінка якості надання медичних послуг – головний показник ефективності діяльності закладів охорони здоров'я, підвищення їх іміджу, від неї залежить загальний рівень задоволеності пацієнта даним медичним закладом. Усвідомлення важливості цього лягло в основу розробленої Міністерством охорони здоров'я «Концепції управління якістю медичної допомоги на період до 2020 року». Згідно даної Концепції під безперервним підвищенням оцінки якості медичних послуг розуміється прийняття комплексних заходів спрямованих на покращення їх результатів та впровадження світових стандартів надання медичних послуг [34].

Для регулювання та оцінки якості надання медичної допомоги розроблено ряд законодавчих та нормативних актів, які за державним апаратом залишають функцію контролю за цією важливою характеристикою:

- для забезпечення проведення перевірки якості надання медичної допомоги, тобто, їхня акредитація, закладами охорони здоров'я прийнято Закон України «Про внесення змін Основ законодавства України щодо охорони

здоров'я та оптимізації надання медичної допомоги» (набрав чинності 01.01.2012 року);

- розроблено алгоритм змін та сформовано програму економічних реформ «Заможне суспільство, ефективна держава, конкурентоспроможна економіка». Законодавчий акт обумовлював підвищення якості медичного обслуговування, а саме: розробка та впровадження системи індивідуальних індикаторів якості надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я, створення високоякісних центрів оцінювання якості медичної допомоги.

Щодо Законів України, то їх є декілька:

- № 693 від 06.08.2013 р. «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я», документ зареєстрований в Міністерстві юстиції України 7 жовтня 2013 року за номером 1717/24249;

- № 795 від 11.09.2013 р. «Про перевірку та моніторинг медичних індикаторів якості надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я», документ зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за номером 1669/24201;

- № 751 від 28.09.2012 р. «Про формування та імплементацію документів зі стандартизації проведення медичної допомоги в системі МОЗ України», документ зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 року за номерами 2001/22313, 2002/22314;

- №752 від 28.09.2012 р. «Про алгоритм контролю якості медичної допомоги», документ зареєстровано Міністерством юстиції за номером 1996/22308 від 28 листопада 2012 р.;

- № 981 за 30 листопада 2012 р. «Про внесення змін до наказу МОЗ за 02.02.2011 р. № 49 «Про підтвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.02.2011 р. за номером 171/18909»;

- № 597 від 19.09.2011 р. «Галузева програма стандартизації якості надання медичної допомоги до 2020 року»;

- № 529 від 22.07.2009 р. «Про підготовку до впровадження формулярної системи забезпечення медикаментами закладів охорони здоров'я» (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1003/17019);

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

Відповідно до адміністративного права України, контроль діяльності об'єктів надання послуг здійснюється внаслідок відомчого, позавідомчого та громадського. Таким чином, система управління якістю надання медичної допомоги має усі зазначені види контролю.

Суб'єктами контролю є вповноважені органи за межами медичної установи, що характеризується як зовнішній контроль якості медичних закладів, який здійснює адміністрація та керівники відділень/структурних підрозділів безпосередньо в закладах охорони здоров'я - внутрішній контроль.

Прокуратура України та органи, діяльність яких знаходиться у площині захисту прав споживачів, з правом прийняття владних рішень, а також страхові компанії – на основі укладених угод з медичними закладами та пацієнтами медичної допомоги, виконують функції суб'єктів позавідомчого контролю якості надання медичної допомоги.

Громадські організації також залучені до контролю якості надання медичної допомоги, їхня діяльність пов'язана зі скаргами від громадян до органів влади та керівників закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги, професійні медичні асоціації.

Підсумовуючи все вище сказане, в теорії управління якістю пропонується вивчати якість у системі медичної допомоги за 8 характеристиками: професійна компетентність, доступність, економічна ефективність, особисті взаємини, результативність, безперервність і послідовність, безпечність, зручність. Усі перелічені характеристики є невід'ємними елементами системи, яка не може функціонувати без одного зі своїх компонентів. Кожен з цих компонентів

контролюється на законодавчому рівні, що згідно з адміністративним правом України, здійснюється шляхом позавідомчого, громадського та відомчого контролю. Відповідно, в системі управління якістю медичної допомоги присутні усі зазначені види контролю.

Висновки до розділу 1

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

Якість – суб'єктивна ціннісна категорія і дві людини можуть розуміти її по-різному. Розглядаючи різноманітні варіанти визначення якості медичної допомоги, необхідно враховувати її визначення у словнику, згідно з яким, під названим терміном слід розуміти наявність суттєвих ознак, властивостей, особливостей, що відрізняють один предмет або явище від інших [1]. Якість медичної допомоги може бути визначена як виконання професійних медичних стандартів і відповідність наданої медичної допомоги інтересам та очікуванням пацієнта.

До пов'язаних послуг відносяться додаткові послуги, які також можуть надаватися в медичних закладах чи здійснюватися з використанням медичних технологій та за участю медичних спеціалістів: естетичні зміни зовнішності у пластичній хірургії (зміна форми носу, збільшення грудей, корекція розмірів статевих органів тощо), відбілювання та інкрустація зубів у стоматології, послуги із розміщення у стаціонарі підвищеного рівня комфортності, ресторанне харчування, виготовлення додаткових інформаційних документів, патолого-анатомічні дослідження тощо. Правовий режим регулювання таких послуг відрізнятиметься, тому що за своєю сутністю вони не мають лікувального ефекту і тому не можуть належати до медичних.

Теорія управління якістю пропонує вивчати якість у системі медичної допомоги за 8 характеристиками: професійна компетентність, доступність, економічна ефективність, особисті взаємини, результативність, безперервність і послідовність, безпечність, зручність. Усі перелічені характеристики є невід’ємними елементами системи, яка не може функціонувати без одного зі своїх компонентів

Також, необхідно зазначити, що згідно з адміністративним правом України, контроль діяльності в будь-якій сфері здійснюється шляхом позавідомчого, громадського та відомчого контролю. Відповідно, в системі управління якістю медичної допомоги присутні усі зазначені види контролю.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДІЮЧОЇ ПРАКТИКИ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ «ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

2.1. Аналіз діючої практики оцінки якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

Комунальне некомерційне підприємство «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Тернопільської обласної ради, надалі КНП «ЦЕМД та МК» ТОР – медичний заклад, який підпорядковується директору департаменту управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації, який у свою чергу входить в структуру Міністерства охорони здоров'я України.

До складу «апарату управління» КНП «ЦЕМД та МК» ТОР входить (рис. 2.1):

1. Генеральний директор, головний лікар – Джус М.Я.
2. Медичний директор – Мончак Г.В.

У безпосередньому підпорядкуванні генерального директора, головного лікаря знаходиться бухгалтерія підприємства та господарсько-технічне управління, яке відповідальне за забезпечення технічної справності карет швидкої допомоги, медичного обладнання, а також ІТ – засобів. Окрім вказаних вище структурних компонентів керівнику закладу підпорядковуються:

1. Інформаційно-аналітичний відділ, який займається статистичним аналізом якості надання медичної допомоги працівниками центру; забезпечує метрологічний контроль роботи медичного обладнання; проводить оцінювання роботи кожного працівника закладу.

2. Навчально-тренувальний центр покликаний забезпечити проведення теоретичних та практичних освітніх заходів з дисципліни «Екстрена медична допомога» для студентів Тернопільського національного медичного університету, а також , в першу чергу, для підтримки та удосконалення знань та вмінь працівниками . На базі закладу проводиться навчання та актуалізація знань для працівників КНП «ЦЕМД та МК» ТОР.

1. На працівників аптечного відділення ряд важливих функцій:

- здійснення обліку медичних засобів за зміну, за квартал та за рік;
- забезпечення повноцінною комплектацією медичними засобами виїзні бригади центру;
- ведення строгого обліку наркотичних засобів та прекурсорів;
- перевірка якості медичних препаратів, які закупляються медичним центром.

2. Станція виїзної консультативної медичної допомоги надає консультативні послуги пацієнтам за допомогою усі наявні способи комунікації. Такий спосіб взаємодії з пацієнтами обумовлений розвитком технологій та зайнятістю дорослого населення, а також через пандемію в світі. «Безконтактний» спосіб лікування дозволяє лікарю надати оперативну консультацію пацієнту з не критичними симптомами, а з іншого – зменшити фінансові витрати на виїзд бригади екстреної допомоги. Окрім традиційного телефонного способу консультації працівники цієї станції використовують телеметричний спосіб лікування. На сьогодні, під терміном «телемедицина» розуміють метод надання медичної допомоги чи консультації пацієнтам, які через фізичні вади чи через порушену інфраструктуру не можуть потрапити до лікаря безпосередньо. Таким чином, за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій лікарі усіх напрямків можуть збирати необхідну інформацію (анамнез), а після отримання інформації, яка необхідна для встановлення правильного діагнозу, проводять лікування та прописують профілактичні заходи. Телемедицина є складовою медичних технологій, дозволяє здійснювати необхідні медичні заходи, використовувати методи

діагностики, проводити лікування, реабілітацію та профілактику пацієнтів, тобто здійснювати весь необхідний пакет заходів для досягнення конкретних результатів – покращення стану здоров'я пацієнта.

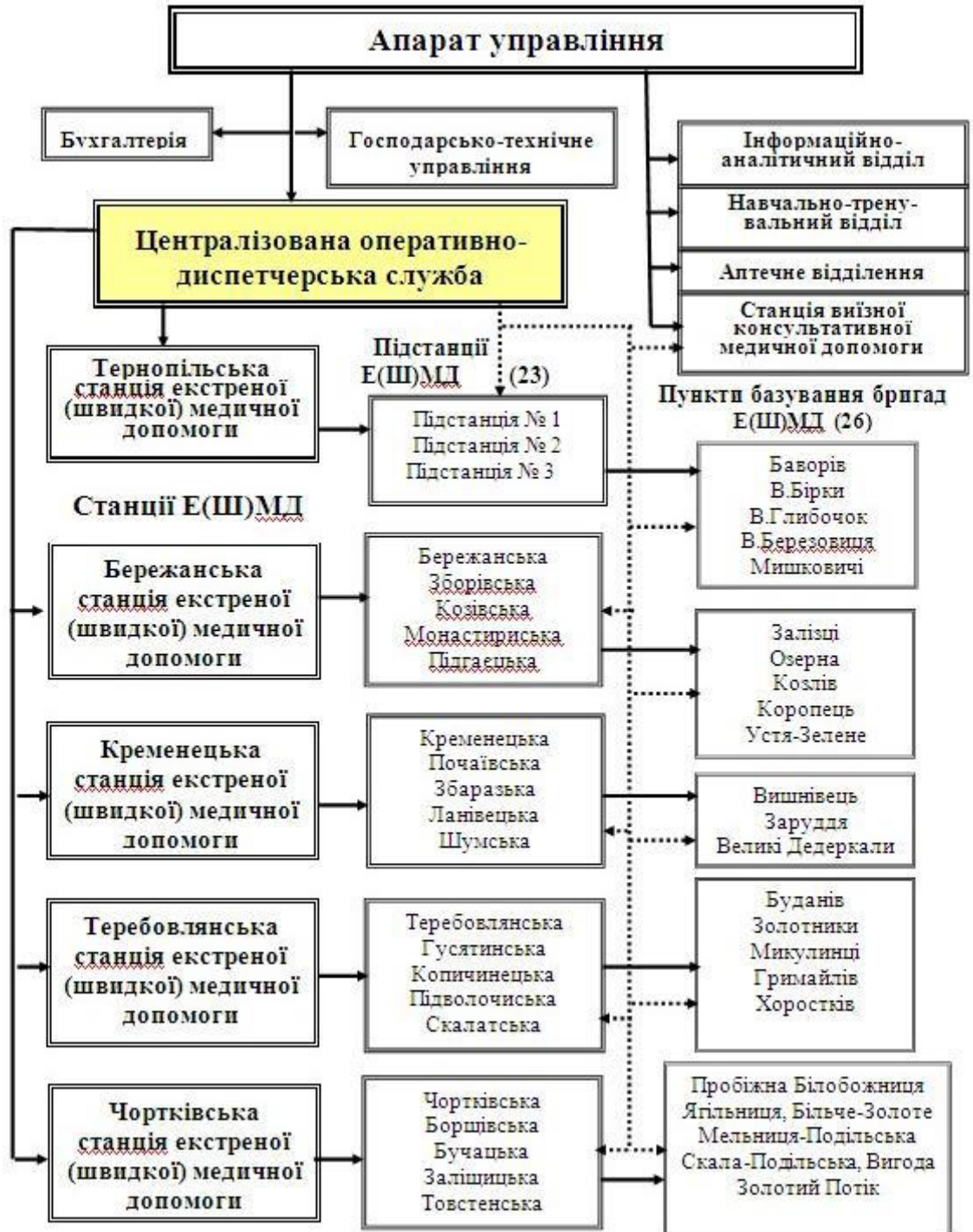


Рис. 2.1. Структура КНП «Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Тернопільської обласної ради

Примітка. Сформовано автором самостійно

Під безпосереднім функціональним керівництвом медичного директора знаходиться Тернопільська та інші районні підстанції екстреної (швидкої) медичної допомоги. Основними завданнями та обов'язками медичного директора є:

- керівництво підстанціями швидкої медичної допомоги у межах визначених керівником, а також може замінити керівника у разі його відсутності;
- аналіз якості надання медичної допомоги;
- організація умов для професійного розвитку медперсоналу;
- здійснення зовнішньої та внутрішньої координації підрозділів закладу.

На сьогоднішній день в центрі екстреної медицини внутрішній контроль якості і безпеки медичної діяльності в частині контролю якості медичної діяльності здійснюється шляхом оцінки конкретного випадку надання медичної допомоги, сукупності випадків надання медичної допомоги, відібраних за тематичною ознакою, на підставі аналізу первинної облікової медичної документації або іншої документації:

- 1) збору скарг, анамнезу, даних об'єктивного огляду;
- 2) діагностичних заходів;
- 3) оформлення та обґрунтування діагнозу;
- 4) лікувально-профілактичних заходів, медичної реабілітації;
- 5) заходів медичної експертизи, медичного огляду;
- 6) термінів надання медичної допомоги;
- 7) наступності, етапності надання медичної допомоги;
- 8) результатів надання медичної допомоги;
- 9) оформлення медичної документації.

Під час проведення внутрішнього контролю якості надання медичної діяльності здійснюється оцінка [30]:

- дотримання встановленого алгоритму або схеми надання медичної допомоги та стандартів медичної допомоги

- своєчасність надання медичної допомоги;
- ефективність надання медичної допомоги, тобто, зміни фізіологічного стану пацієнта;
- безпека надання медичної допомоги лікарем
- оптимальність вибору медичних технологій для зниження ризику негативних наслідків для пацієнта;
- прийняття адекватних заходів профілактики ятрогенних ускладнень;
- дотримання правил зберігання та застосування лікарських препаратів;
- аналіз використання витратних матеріалів;
- забезпечення санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів згідно санітарно-епідеміологічних норм і правил.

В закладі екстреної медичної допомоги розроблено алгоритми проведення різних видів внутрішнього контролю якості медичної діяльності:

1) поточний контроль проводиться на першому рівні і він спрямований на встановлення невідповідностей у процесі надання медичної допомоги, після цього проводиться прийняття та реалізація необхідних заходів щодо їх усунення;

2) плановий контроль або тематична експертиза проводиться відповідно до плану-графіка, ґрунтуючись на діючі галузеві, державні та внутрішні накази і включає:

- контроль відповідності повноти, оперативності, якості та умов надання медичної допомоги;
- контроль виконання вимог санітарно-епідеміологічного режиму;
- контроль за фармацевтичним порядком;
- контроль за виконанням розпоряджень адміністрації;

3) цільовий контроль передбачає досягнення певної мети, а саме - встановлення причини відхилення від стандарту якості, і складається з етапів:

- перевірка професійної підготовленості працівників та їх завантаженість ;
- аналіз летальності на дому осіб працездатного віку;
- аналіз ятрогенних ускладнень;
- аналіз скарг пацієнтів;

4) попереджувальний контроль забезпечує оцінку рівня безпеки лікувально-діагностичного процесу для пацієнта та дозволяю виразити ступінь задоволеності пацієнта якістю медичної допомоги.

5) заключний контроль здійснюється за результатами надання медичної допомоги пацієнтам при виїзді медичної бригади і спрямований на попередження і встановлення каузальності надання невідповідної медичної допомоги;

6) ретроспективний контроль здійснюється для вдосконалення організації та надання медичної допомоги працівниками екстреної медичної допомоги.

На сьогоднішній день у центрі екстреної медичної допомоги є такі рівні внутрішнього контролю якості медичної діяльності:

- самоконтроль;
- перший рівень;
- другий рівень;

1. Організація самоконтролю при проведенні внутрішнього контролю якості медичної діяльності. Самоконтроль в рамках внутрішнього контролю якості медичної діяльності проводиться лікарем екстреної медичної допомоги шляхом:

- оцінки стану хворого під час огляду;
- встановлення некоректного чи неповного надання медичної допомоги на попередньому етапі лікування, обстеження чи діагностики;
- формування плану обстеження і лікування хворого згідно стандартів надання медичної допомоги, внутрішніх та державних актів;
- оформлення медичної документації згідно вимог;
- оформлення карти самоконтролю на основі результатів внутрішнього контролю якості медичної діяльності.

2. Організація першого рівня внутрішнього контролю якості медичної діяльності. Старший лікар зміни організовує та реалізує перший рівень внутрішнього контролю якості медичної діяльності, при цьому використовує такі методи:

- оцінку конкретних випадків надання медичної допомоги;
- фіксування результатів внутрішнього контролю якості медичної діяльності відповідно до інструкції в карті внутрішнього контролю якості медичної допомоги в стаціонарі.

При проведенні внутрішнього контролю якості на кожного медичного працівника заповнюється карта внутрішнього контролю якості роботи лікаря медичного працівника. Старший фельдшер станції швидкої медичної допомоги щомісяця проходить внутрішній контроль якості роботи кожного середнього медичного працівника і заповнює карту внутрішнього контролю якості роботи фельдшера на станції швидкої медичної допомоги.

3. Організація другого рівня внутрішнього контролю якості медичної діяльності. Другий рівень внутрішнього контролю якості медичної діяльності проводить заступник директора центру екстреної медичної допомоги по медичній частині з оформленням результатів, відповідно до інструкції в журналі внутрішнього контролю якості медичної діяльності (облік результатів у формі звітів - щоквартально). Результати другого рівня Контролю якості оформляються:

1) щомісяця - протоколом засідання підкомісії лікарської комісії медичної організації;

2) щоквартально - за формою звіту медичної організації по організації і результатами внутрішнього контролю якості медичної діяльності за підсумками кварталу, календарного року.

Кількість проведенень внутрішнього контролю якості медичної діяльності визначають з урахуванням структури та обсягів наданої медичної допомоги в медичній організації. Обсяги проведення внутрішнього контролю якості медичної діяльності визначаються наказом керівника і залежать від потужності

медичної організації. Встановлюються такі обов'язкові обсяги проведення внутрішнього контролю якості медичної діяльності:

- для працівників центру, які надають медичну допомогу в амбулаторних умовах;
- щомісяця не менше 0,5% від числа закінчених випадків надання медичної допомоги;
- щомісяця не менше 2 експертизи якості роботи кожного лікаря центру екстреної медичної допомоги;
- для старших лікарів підстанції, відділення швидкої медичної допомоги; не менше 30 карт викликів на місяць.
- для старшого фельдшера підстанції (відділення) швидкої медичної допомоги - не менше 1 експертизи в місяць для оцінки якості роботи кожного конкретного середнього медичного працівника;
- для головного фельдшера (медичної сестри) станції (підстанції) швидкої медичної допомоги - не менше 1 експертизи в місяць для оцінки якості роботи кожного старшого фельдшера кожної підстанції (відділення) швидкої медичної допомоги;
- для заступників керівника медичної організації по медичній частині - щомісяця не менше 10% закінчених випадків надання медичної допомоги (в тому числі випадків внутрішнього контролю якості медичної діяльності першого рівня).

Обсяг проведення внутрішнього контролю якості медичної діяльності лікарської комісії (підкомісії) медичної організації визначається наказом керівника медичної організації.

Внутрішньому контролю якості медичної діяльності (на першому, другому рівнях) в обов'язковому порядку підлягають випадки надання медичної допомоги:

- 1) рівень смертності серед дітей та осіб працездатного віку
- 2) летальних результатів на дому від керованих причин

3) супроводжуються ятрогенними ускладненнями, небажаними реакціями на застосування лікарських препаратів, невідповідностями із застосуванням, зберіганням, обробкою, обслуговуванням, утилізацією медичних виробів

4) захворювань з подовженим або укороченим терміном лікування більше, ніж на 50% від встановленого стандартом медичної допомоги;

5) розбіжності заключного клінічного діагнозу;

6) розбіжності заключного клінічного діагнозу та патолого-анатомічного діагнозу;

7) що супроводжувалися скаргами громадян або їх законних представників на доступність і якість надання медичної допомоги

8) проведення аналізу контролюючими органами і організаціями якості надання медичної допомоги пацієнтам;

9) смерть пацієнта в присутності бригади швидкої медичної допомоги;

10) повторний виклик бригади швидкої медичної допомоги протягом 24 годин;

11) розбіжності діагнозів швидкої медичної допомоги та медичної організації;

12) ускладнення, пов'язані з наданням медичної допомоги бригадою швидкої медичної допомоги;

Випадки надання медичної допомоги, що підлягають внутрішньому контролю якості медичної діяльності в обов'язковому порядку, розглядаються в першу чергу. Всі інші випадки надання медичної допомоги підбираються для експертизи методом випадкової вибірки або проводиться цільова (тематична) експертиза. Лікарською комісією в обов'язковому порядку проводиться внутрішній контроль якості медичної діяльності випадків надання медичної допомоги, що супроводжуються скаргами громадян або їх законних представників на доступність і якість медичної допомоги.

На сьогоднішній день, найбільш ефективним методом аналізу якості надання медичної допомоги є алгоритм проведення очної експертизи організації медичної допомоги в медичній організації, так званий "зріз дня".

Мета перевірки - контроль забезпечення доступності та якості медичної допомоги безпосередньо при отриманні лікування. Завдання перевірки "зріз дня" - контроль:

- 1) організації та порядку надання медичної допомоги в умовах цілодобової роботи;
- 2) порядку організації лікарського забезпечення медичної організації;
- 3) організації етапу рекреації працівників установи під час перебуванні на зміні.

Регламент проведення очної експертизи "зріз дня":

1. Організація роботи диспетчерської служби:

- відповідальний за організацію роботи в службі;
- наявність посадових інструкцій співробітників служби;
- наявність наказу про організацію і порядок присвоєння викликів бригадам на зміні;
- тривалість передачі виклику бригаді швидкої медичної допомоги;

2. Організація лікувального процесу:

- кількість викликів за зміну на одну бригаду;
- кількість госпіталізацій хворих;
- причина госпіталізації;
- організація інструментального обстеження хворих;
- організація проведення лікувальних процедур.

3. Медико-економічна експертиза історій хвороби:

- тривалість перебування на виклику;
- кількість використаного пального;
- перевірка необхідності використання вказаних фармакологічних препаратів.

4. Лікарська терапія:

- відповідність призначених лікарських засобів;

- при виявленні фактів придбання хворими лікарських засобів за рахунок особистих коштів, встановлення наявності лікарських засобів або їх аналогів в медичній організації;
- порушення правил оформлення медичної документації;
- облік лікарських засобів, порядок взаємодії з аптекою медичної організації;
- організація предметно-кількісного обліку на станції/підстанції.

Функції медичних працівників та посадових осіб станцій швидкої медичної допомоги під час проведення внутрішнього контролю якості та безпеки медичної діяльності.

Старший лікар станції (підстанції / відділення) швидкої медичної допомоги:

- щодня проводять контроль карт викликів;
- встановлюють причини виявлених невідповідностей у медичних картах;
- здійснюють внутрішній контроль якості та безпеки медичної діяльності на першому рівні.

Старший фельдшер станції (підстанції / відділення) швидкої медичної допомоги здійснює внутрішній контроль якості та безпеки медичної діяльності на першому рівні і оцінює якість роботи кожного середнього медичного працівника за наступними показниками:

- організація робочого місця, ведення медичної документації;
- виконання вимог нормативних документів, що регламентують протиепідемічний режим і інфекційну безпеку;
- організація роботи щодо дотримання фармацевтичного порядку на робочому місці (медична укладання);
- знання і виконання вимог охорони праці та протипожежної безпеки;
- оцінка стану медичної апаратури, готовність її до роботи;
- знання і виконання основних принципів медичної етики і деонтології;
- інфекційна безпека.

Таким чином, результати аналізу структури медичного закладу вказують на дієвість системи контролю, сформовані та точно описані функціональні обов'язки медичних працівників. Розроблені та адаптовані під специфіку роботи центру екстреної медицини рівні внутрішнього контролю якості медичної діяльності, особливу увагу приділено саме самоконтролю, як одного з найчастіше застосовуваних методів, а результати методу здатні запобігти лікарській помилці.

2.2. Оцінка системи контролю за якістю надання медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

Для того, щоб сформувавши уявлення про якість надання медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР проведено ряд опитувань серед пацієнтів, яким було надано медичну допомогу працівниками закладу. Висновки ґрунтуються на відповідях 30 респондентів різних вікових категорій.

Для оцінки якості надання медичної допомоги важлива думка пацієнтів, що дозволить внести корективи у систему роботи медичного закладу та підвищити його ефективність. Для досягнення цієї цілі була розроблена спеціальна анкета (табл. 2.1). Часто анкета буває дуже довгою, що в значній мірі ускладнює опитування. У свою чергу, це також «стомлює» респондентів, і як наслідок, знижує якість відповідей, зроблених «за інерцією». Для забезпечення правильності отримання результатів тестування, питання складенні для отримання однозначної відповіді без можливості їх інтерпретації за іншим сенсом [32].

Отримані результати можна інтерпретувати відповідно до даних:

10-8 балів – високий рівень якості надання медичної допомоги працівниками швидкої медичної допомоги;

7-5 балів – середній рівень якості надання медичної допомоги працівниками швидкої медичної допомоги;

<5 балів - низький рівень якості надання медичної допомоги працівниками швидкої медичної допомоги;

Таблиця 2.1

Анкети для визначення пацієнтами окремих показників якості надання медичної допомоги працівниками КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

Питання тесту	Відповіді на тестові питання та їх спосіб оцінки
1	2
1. Охарактеризуйте рівень ввічливості та уважності лікаря при зборі Вашого анамнезу?	а) високий – 2 бали; б) середній – 1 бал; в) низький – 0 балів;
2. Охарактеризуйте рівень ввічливості та уважності фельдшера під час виконання необхідних медичних маніпуляцій?	а) високий – 2 бали; б) середній – 1 бал; в) низький – 0 балів;
3. Охарактеризуйте рівень зрозумілості пояснення лікарем проведених досліджень, отриманих результатів і призначеного лікування?	а) високий – 2 бали; б) середній – 1 бал; в) низький – 0 балів;
4. Охарактеризуйте суб'єктивно рівень кваліфікації працівників швидкої медичної допомоги?	а) високий – 2 бали; б) середній – 1 бал; в) низький – 0 балів;
5. Чи задоволені Ви рівнем якості наданих медичної допомоги?	а) так, повністю – 2 бали; б) швидше так, аніж ні – 1 бал; в) ні – 0 балів;

Примітка. Сформовано автором самостійно

З отриманих даних видно (рис. 2.2), що жоден з досліджуваних показників якості не знаходиться нижче відмітки позитивного результату в 60%. Так, найнижчим значенням у 62% є якість комунікації з пацієнтом працівників бригади швидкої медичної допомоги. Такі результати вказують на значну прогалину в роботі працівників центру, яка, в подальшому, може різко і негативно вплинути на якість надання медичної допомоги. Тим не менш, надзвичайно важливим показником якості є «суб'єктивний рівень кваліфікації» працівників швидкої допомоги. Так, значення цього об'єкту дослідження становить 82%, що для лікарської справи є визначальним, також необхідно

зазначити, що процес визначення цього показника не мав певних об'єктивних показників, а визначався також кінцевим результатом лікування, яке не завжди залежить від вміння лікаря.

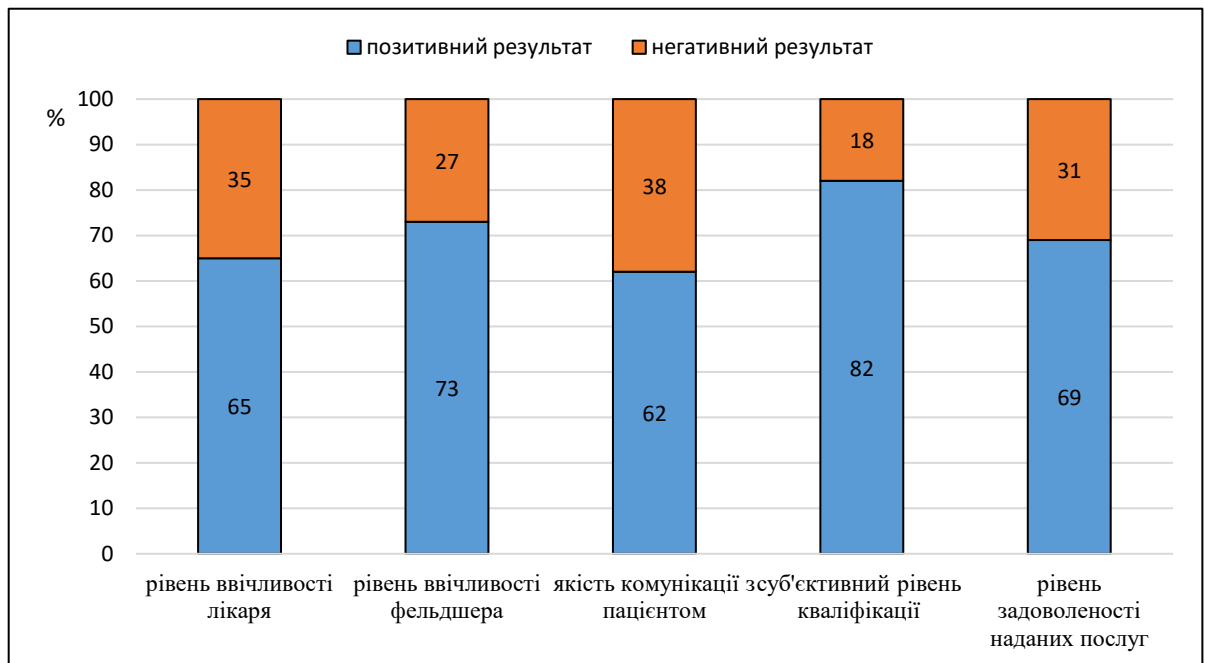


Рис. 2.2. Результати суб'єктивного визначення пацієнтами окремих показників якості надання медичної допомоги працівниками КНП «ЦЕМД та МК» ТОР за 2020 рік.

Примітка. Сформовано автором самостійно

Як відомо, комунікація - це процес двобічного обміну інформацією, який призводить до взаєморозуміння. Щоб переконатися в успішності комунікації, слід отримувати інформацію про те, як пацієнт зрозумів лікаря, як сприймає його, як ставиться до своєї хвороби та запропонованих лікарем методів лікування. Для ефективною комунікації характерні: досягнення взаєморозуміння, краще усвідомлення ситуації та предмету спілкування (досягнення більшої визначеності в розумінні сприяє розв'язанню проблем пацієнта, забезпечує досягнення мети - одужання пацієнта - з оптимальним витрачанням ресурсів) [12].

Для встановлення причин такого низького показника якості комунікації лікарів швидкої допомоги було проведено повторне опитування тих ж респондентів, як і в попередньому дослідженні, про каузальність отриманих

результатів. Для статистичної обробки пацієнтам було надано можливість обрати з семи перерахованих причин одну:

1. Стереотипи;
2. Упереджене ставлення;
3. Вороже ставлення до людей;
4. Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника;
5. Нехтування фактами, тобто звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації.
6. Помилки у побудові висловлювань
7. Помилковий вибір стратегії і тактики у спілкуванні лікаря з пацієнтом

Вибір саме цих причин обумовлений тим, що вони найчастіше зустрічаються у літературі [12,19,27,31]. Результати дослідження представлені на рисунку 2.3. З отриманих результатів видно, що основною причиною низької якості комунікації є «відсутність уваги та інтересу до співрозмовника».

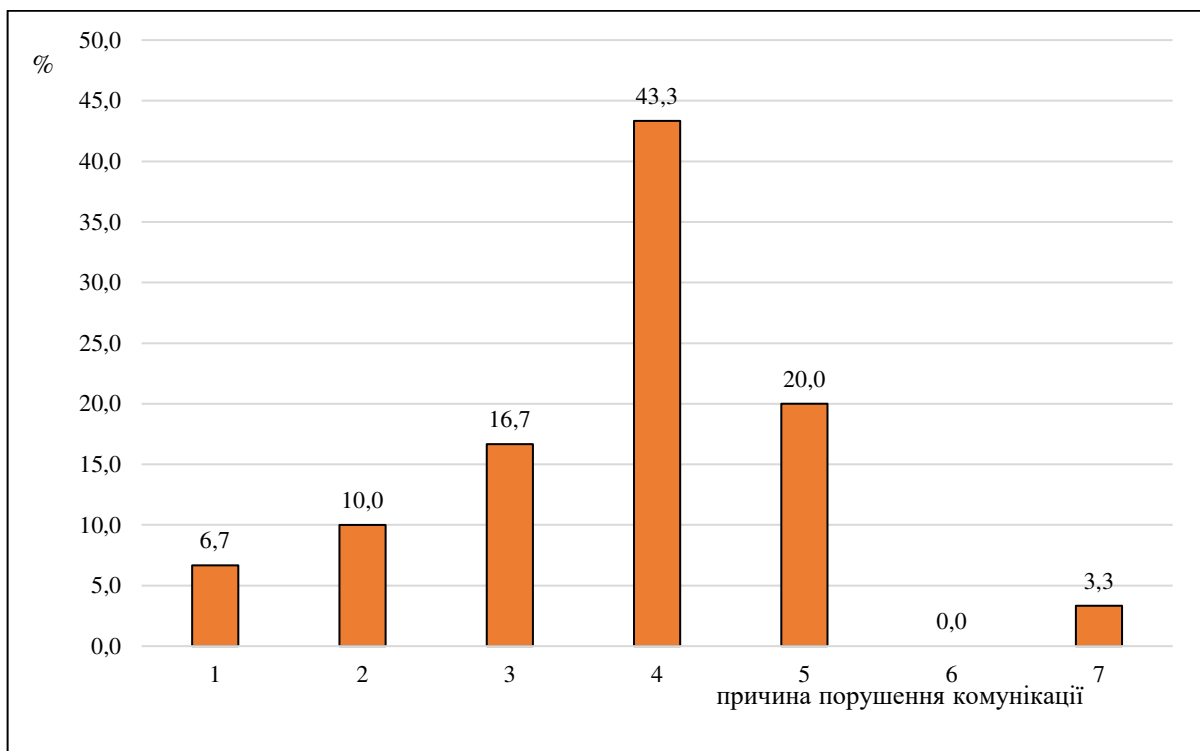


Рис. 2.3. Результати визначення причин порушення якості комунікації працівниками КНП «ЦЕМД та МК» ТОР за 2020 рік.

Примітка. Сформовано автором самостійно

1. Стереотипи – спрощене та уніфіковане уявлення про людину або ситуацію, що не дозволяє досягнути об'єктивного розуміння людини, аналізу ситуації чи проблеми. Ці психологічні конструкції характерні як для пацієнтів, так і в лікарів. Найпоширенішими стереотипами серед пацієнтів є:

- лікар має «чудодійні ліки» і завжди допоможе;
- сприймання лікаря як третю особу, яка намагається втрутитися в особистість пацієнта та його особисте життя;
- сприймання лікаря з механістичної точки зору, що зобов'язаний надавати допомогу, і який не повинен висловлювати власні критичні думки чи якимось чином реагувати на ситуацію;
- сприймання лікаря як бездушної істоти, яка діє лише в корисних цілях.

Лікарі щодо пацієнтів мають наступні стереотипи:

- пацієнт- іпохондрик;
- пацієнт-симулянт, який намагається приховати, гіперболізувати чи згладити симптоми захворювання;
- пацієнт має власну думку щодо власного захворювання, діагноз чи методів лікування, а тому його не можливо переконати в іншому;
- для підвищення власної самооцінки пацієнт намагається отримати більше уваги лікаря.

Всі вказані вище пункти-стереотипи не підвищують ефективність комунікації лікаря та пацієнта, яка визначає ефективність лікування. Таким чином, для забезпечення ефективності роботи лікарю необхідно подолати не лише стереотипи власні, а й перебороти такі психологічні конструкції.

2. Упереджене ставлення – відхилення всієї об'єктивної інформації та дотримання лише власної думки. Люди завжди вірять у те, у що хочуть вірити, і рідко усвідомлюють, що інша людина так само має підстави і право трактувати події та судження. Така психологічна установка з боку пацієнтів зумовлює заперечення діагнозу лікаря та не сприйняття обрання методів його лікування, якщо вони впевнені у істинності власної думки щодо діагнозу чи

доцільності інших методів лікування. У таких випадках медичний працівник повинен з використанням об'єктивних аргументів переконати пацієнта у хибності його розуміння хвороби. Якщо ж пацієнт спостерігає такий психологічний стан у працівника медичного закладу, тоді необхідно коректно завершити лікування у цього лікаря та звернутися до іншого фахівця, організувати провести консилиум лікарів для підтвердження встановленого діагнозу та правильності методів лікування пацієнта.

3. Вороже ставлення до людей. Якщо у пацієнта відзначається особиста неприязнь до певного лікаря, він повинен спробувати з'ясувати каузальність цього стану пацієнта, та спробувати покращити стосунки з хворим або ж запропонувати змінити лікаря. Коли вороже ставлення спостерігають у лікаря, то згідно регламентів та медичній практиці відбувається зміна лікуючого лікаря. Така ситуація є індикатором щодо присутності у цьому медичному закладі нерозв'язаних психологічних проблем, які знижують ефективність роботи всього персоналу та негативно впливають на фахову діяльність лікарів. Для вирішення цих проблем залучають Індивідуальну або групову психотерапію, яка дозволяє встановити причину ворожості всередині закладу та розробити шляхи її подолання. При асоціальній чи девіантній поведінці пацієнта необхідно провести психіатричне обстеження, а за відсутності психічних розладів – направити його на індивідуальну психотерапію, що включає психоаналіз, когнітивно-біхевіоральну терапію, гештальт-терапію.

4. Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника. У багатьох випадках при спілкуванні лікаря з пацієнтом інтерес виникає лише тоді, коли відбувається обмін значущою інформацією, яка дозволить наблизитися до встановлення діагнозу, покращити лікування та, в кінцевому випадку забезпечить покращення стану пацієнта. Причиною такого стану у лікарів, зазвичай, пов'язують з синдромом хронічної втоми, великим навантаженням, рутинністю роботи. Симптомами цього є пасивність лікаря при спілкуванні, він не виявляє зацікавленості до слів пацієнта аж до моменту отримання несподіваної, неочікуваної або парадоксальної інформації, яка може

кардинально змінити діагноз пацієнта чи істотно вплинути на його лікування. Пацієнти навпаки, практично завжди уважні до слів лікаря під час спілкування з лікарем, хоча при наданні рекомендацій лікарем вже на етапі одужання пацієнт втрачає інтерес, що може зумовити майбутні неочікувані ускладненнями в перебігу хвороби. Завдання лікаря полягає у донесенні необхідної для підтримання прийняттого рівня здоров'я або його покращення як до самого пацієнта, так і до його близьких.

5. Формування висновків за відсутності об'єктивної та достовірної інформації. Лікарі, які досягнули успіху в своїй професії ніколи не роблять категоричних та однозначних висновків щодо діагнозу пацієнта, які б не ґрунтувалися на доказовій базі, а під час лікування проводять всі діагностичні процедури та клінічні методи дослідження, які підтверджують або спростовують встановлений діагноз. Недостатня фаховість лікаря, яка часто проявляється у лікарів молодшого віку та з невеликим емпіричним досвідом дозволяє їм встановлювати діагнозу пацієнта "з першого погляду". Виняток становить незначна кількість нозологій, у клінічній картині яких наявні патогномонічні симптоми. Незважаючи на це, лікар-професіонал завжди проводить додаткові клінічні дослідження, які фактажно підтверджували його діагноз і допомогли б виявити істинність розвитку хвороби.

6. Огріхи у побудові морфем: не оптимальний вибір вокабул, складність повідомлення, алогічність, непереконливість зазвичай є причинами непорозуміння між лікарем і пацієнтом та, відповідно, формуванням невірних уявлень про отриману інформацію. Лікар повинен вміти правильно оцінити загальнокультурний та освітній рівень свого пацієнта і пояснити йому сутність висловлювань у зрозумілій доступній формі, не вживаючи спеціальних термінів, говорячи простими реченнями, з яких легко зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки та основні акценти.

Описана вище комунікативна проблематика порозуміння між лікарем та пацієнтом характерна для всіх країн, але в нашій державі вона має певну специфіку. З одного боку, вона пов'язана з недостатнім словниковим запасом

багатьох лікарів, у якому відсутні слова-відповідники, для медичних термінів, зрозумілі не медикам. Окрім того, у підготовці лікарів в Україні не передбачені високі та жорсткі вимоги до знання ними основ психології та педагогіки, логіки і філософії. Питання мови у спілкуванні з пацієнтами теж вимагає значних пояснень. Зрозуміло, що хвора людина повинна вільно висловлювати свої скарги, думки і побажання рідною мовою, не витрачаючи зайвих зусиль на намагання зрозуміти специфічні медичні терміни, вплетені у чужу мову, подумки все перекласти на рідну, здогадатися про значення незрозумілих слів, продумати відповідь, перекласти її на іншу мову і озвучити. У випадках лікування за кордоном у клініці постійно присутній перекладач, який допомагає здійснювати комунікацію у чужому мовному середовищі. В Україні ж від лікарів не вимагають, щоб вони спілкувалися з пацієнтами їх рідною українською мовою. Така поведінка, зважаючи на значну кількість російськомовних лікарів, свідчить про їх загальну неуважність до потреб і прагнень україномовних пацієнтів, а часто - і про їх недостатній освітній і загальнокультурний рівень, коли вони визнають, що на відміну від пацієнта не володіють мовою на рівні, достатньому для фахового спілкування. Усе це створює ситуацію нерозуміння пацієнтом суті висловлювань лікаря, що істотно заважає їхній взаємодії.

7. Вибір неправильної стратегії чи тактики при вербальній комунікації лікаря та пацієнта може виникати, коли працівник медичного закладу невірно встановив психічний стан пацієнта і намагається вибудувати спілкування, ґрунтуючись на недоречних стратегіях. Відсутність вмінь правильно визначати настрій пацієнта, його психологічні особливості, тривожність, агресивність, репресивність у кінцевому випадку зумовлює утворення психологічних проблем у пацієнтів або сприяє формуванню, поглибленню чи загостренню психічних станів, що не може не відбиватися на ефективності його лікування.

Отже, проведено аналіз стану системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ГОР з точки зору пацієнтів. Отримані дані показали, що жоден з досліджуваних показників якості не знаходиться нижче

відмітки позитивного результату в 60%, найнижчим значенням у 62% є якість комунікації з пацієнтом працівників бригади швидкої медичної допомоги. Такі результати вказують на значну прогалину в роботі працівників центру, яка, в подальшому, може різко і негативно вплинути на якість надання медичної допомоги. Також встановлено каузальність цього - «Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника».

2.3. Моніторинг та оцінювання організації системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

Однією зі складових системи управління якістю є процес моніторингу, який дозволяє забезпечити відповідний рівень управлінського впливу на досягнення встановлених цілей, показників, критеріїв якості та методів їх оцінювання. Згідно ISO 9001 моніторинг обумовлюється роботою системи управління якістю всієї організації, при цьому без розробки та впровадження стрункого та дієвого науково-методичного механізму не можливе отримання достовірних результатів щодо якості роботи.

Стандарт ISO 9001 (п. 8.2.3) передбачає наступне: «організація повинна застосовувати належні методи моніторингу та, якщо це - вимірювання процесів СУЯ. Потрібно, щоб такими методами було доведено спроможність процесів досягти запланованих результатів». Щодо реалізації самого механізму моніторингу, то система управління якістю обумовлює проведення комплексних заходів, результати яких повинні ґрунтуватися на вимірюванні, аналізуванні та внесенні пропозицій для оптимізації досліджуваних процесів. Такими способами дослідження є:

- моніторинг та вимірювання задоволеності замовника;
- внутрішні аудити;
- моніторинг та вимірювання процесів;

- моніторинг та вимірювання продукції;
- контроль невідповідної продукції;
- аналізування даних та процедуру поліпшування.

Для підвищення рівня якості надання медичної допомоги необхідно розробити швидкі та ефективні схеми, методи та механізми оцінки якості медичної допомоги загалом в системі охорони здоров'я та адаптувати їх для кожного закладу медичного спрямування. Оцінка якості - систематична робота керівного персоналу медичного закладу, яка спрямована на контроль якості надання медичної допомоги та визначення причин виявлених невідповідностей. Встановлення якості надання медичної допомоги здійснюється на основі об'єктивної, повної та достовірної інформації про анамнез пацієнтів, встановлення етіології їх захворювань, наданого лікування відповідно до стандартів медичної допомоги та клінічним настанов.

Оцінка якості медичної допомоги містить такі складові: контроль якості; забезпечення якості; планування якості та поліпшення якості. Слід, також констатувати, що разом зі зміною уявлень про якість медичної послуги має змінюватися і концептуальна модель управління якістю. Згідно сучасних підходів до оцінки якості надання медичної допомоги є такі концептуальні моделі [2]:

1. Контроль якості (quality control) – методи та види діяльності оперативного характеру, що використовуються для виконання вимог щодо якості медичної послуги.

2. Забезпечення якості (quality assessment) – види діяльності, що передбачають заходи, спрямовані на підтвердження дотримання встановлених медичних стандартів (критеріїв) якості і надання впевненості пацієнту в тому, що послуга буде якісною.

3. Постійне підвищення якості (continuous quality improvement) – заходи, що реалізуються в медичному закладі з метою підвищення ефективності та результативності клінічних процесів.

Окрім цього, виділяють [71] чотири базові принципи процесу безперервного покращення якості медичної послуги:

- чітке визначення цілей поліпшення якості;
- розроблення, поширення та застосування найкращих медичних практик;
- постійна професійна самооцінка, самодіагностика та саморегулювання;
- залучення пацієнтів до проектів підвищення якості.

Виділять чотири основних аспекти оцінки якості медичної допомоги в медичному закладі:

Клінічні - передбачають використання адекватних і доказових клініко-організаційних технологій, які ґрунтуються на принципах доказової медицини та міжнародних стандартах ISO серії 9000.

Організаційно-управлінські - включає дії з: підтримання медичних технологій необхідним ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним, інформаційним, фінансовим); здійснення профілактичних заходів та вчасне виявлення захворювання; проведення якісної та своєчасної діагностики пацієнтів; відпрацювання маршруту руху пацієнтів; чіткої організації етапності медичної допомоги та організації взаємодії всіх структурних підрозділів; навчання керівників і медичного персоналу питанням якості, уміння працювати в команді; належної акредитації медичних закладів і ліцензування діяльності.

Економічні - полягають у визначенні оптимальної вартості клінічних технологій. В сучасній медичній практиці зарубіжних країн найбільш застосовуваними є такі:

- а) мінімізація витрат (cost-minimization analysis);
- б) аналіз результативності (cost-effectiveness analysis);
- в) аналіз вигідності витрат (cost-benefit analysis);
- г) аналіз корисності витрат (cost-utility analysis).

Правові - полягають у: правовій підтримці клініко-організаційних технологій; захисті прав пацієнтів та прав лікарів; попередження лікарських

помилки та організація системи спостереження за лікарськими помилками і їх наслідками; страхування ризику професійної лікарської діяльності, зокрема застосування делікатної та неделікатної системи).

Для забезпечення належного рівня якості надання медичної допомоги законодавчо впроваджено такі міри:

- ліцензування діяльності з медичної практики та контроль за виконанням ліцензійних умов;
- акредитація закладів охорони здоров'я;
- впровадження системи медичних стандартів у сфері охорони здоров'я;
- здійснення контролю за якістю медичної допомоги;
- проведення сертифікації медичних закладів відповідно до стандарту ISO 9001.

Відповідно до міжнародного стандарту ISO 9001 управління якістю в системі організації закладів охорони здоров'я можна виділити чотири основних напрямки впровадження [13]:

1. опис відповідальності керівництва медичного закладу у сфері якості та розробка системи її контролю;
2. розробка системи з управління ресурсами для забезпечення якісного лікувально-діагностичного процесу;
3. організація процесів безпосередньо надання медичної допомоги (лікувальної, профілактичної, діагностичної, реабілітаційної, догляду за хворими.);
4. розробка нових або адаптація уже наявних процесів моніторингу, оцінки, аналізу та поліпшення кожного процесу діяльності.

Також проведено аналіз якості надання медичної допомоги працівниками центру екстреної медицини на основі об'єктивних показників їхньої роботи, а саме – даних, вказаних у медичних картах. Для проведення цього дослідження було розроблено критерії аналізу та їх оцінки (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Критерії аналізу якості надання медичної допомоги працівниками
КНП «ЦЕМД та МК » ТОР**

Критерії	Оцінка
1	2
1. Оперативність роботи:	
виїзд на виклик протягом 4 хвилин з моменту отримання виклику	1 бал
виїзд більш ніж через 4 хвилини	0 балів
час очікування на виклик з екстреним приводом до 10 хвилин	1 бал
час очікування більше 20 хвилин, без об'єктивних причин затримки	0 балів
2. Діагностика:	
достатня деталізація скарг	1 бал
скарги не описані	0 балів
збір анамнезу повний	1 бал
збір анамнезу неповний	0 балів
тяжкість стану оцінена правильно	1 бал
невірна оцінка тяжкості стану	0 балів
діагноз встановлений обґрунтовано, відповідно до клініко-функціональної характеристики	1 бал
формулювання діагнозу не відповідає клініко-функціональній характеристиці	0 балів
3. Обстеження:	
проведено в повному обсязі	1 бал
проведено не в повному обсязі	0,5 балів
не дана (неправильна) інтерпретація даних обстеження	0 балів
4. Надання медичної допомоги:	
допомога надана в повному обсязі	1 бал
допомога не в повному обсязі, неадекватна	0,5 балів
допомога не надана	0 балів
5. Госпіталізація:	
госпіталізація обґрунтована	1 бал
госпіталізація за профілю	0,5 балів
госпіталізація не здійснено при наявності показань	0 балів
6. Заповнення медичної документації	
заповнена в повному обсязі	1 бал
заповнені не всі графи	0 балів

Примітка. Сформовано автором самостійно

Результати отриманих результатів можна інтерпретувати згідно таких даних:

11,5-9,5 балів – високий рівень якості надання медичної допомоги працівниками швидкої медичної допомоги;

9,5-7 балів – середній рівень якості надання медичної допомоги працівниками швидкої медичної допомоги;

<7 балів - низький рівень якості надання медичної допомоги працівниками швидкої медичної допомоги;

Результати дослідження об'єктивно висвітлюють якість надання медичної допомоги працівниками центру екстреної медицини. Так, отримані дані вказують на те, що лише більше третини працівників закладу виконують роботу на високому рівні, тоді як на середньому рівні виконання своїх обов'язків знаходиться половина працівників (рис. 2.4). Незважаючи на статистично незначні показники кількості працівників, які виконують свої функціональні обов'язки на низькому рівня якості – 9%, цей показник повинен наближатися до 0%.

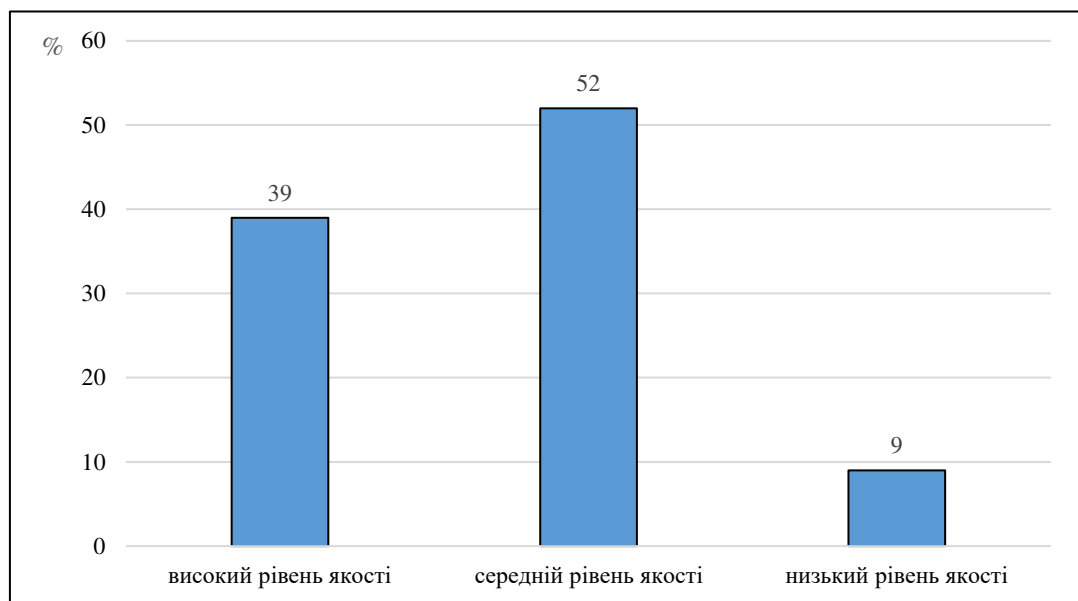


Рис. 2.4. Результати визначення якості надання медичної допомоги працівниками КНП «ЦЕМД та МК» ТОР за 2020 рік

Примітка. Сформовано автором самостійно

Окрім цього, проведено аналіз відповідності інфраструктури КНП «ЦЕМД та МК» ТОР згідно вимог ДБН В.2.2-10:2017. Розроблено чек-лист для перевірки стану центру екстреної медицини (табл. 2.3).

Аналіз підстанції швидкої медичної допомоги за адресою вул. Репіна показав відповідність усім вказаним вище пунктам у чек-листі. Натомість, під

час аналізу підстанції екстреної медичної допомоги по вулиці Київська встановлено ряд невідповідностей:

1. При інтенсифікації забудови житлових площ у мікрорайоні «БМ» кількість виїздів бригад швидкої медичної допомоги є вищою ніж 4 тисячі на 10 тисяч населення впродовж року. Для усунення цієї невідповідності необхідно збільшити штат працівників підстанції для зменшення навантаження на працівників цієї установи.

Таблиця 2.3

**Чек-лист відповідності інфраструктури КНП «ЦЕМД та МК» ТОР
згідно вимог ДБН В.2.2-10:2017**

№ п/п	Критерій оцінювання	Відповідає	Не відповідає
1	2	3	4
1	Наявність підстанцій екстреної медичної допомоги з розрахунком забезпечення 15-хвилинної транспортної доступності		
2	Загальна кількість виїздів на підстанції швидкої медичної допомоги відповідає вимогам - 4 тис. на рік на 10 тисяч проживаючого населення		
3	Кількість автомашин, що обслуговують підстанцію швидкої медичної допомоги відповідає вимогам – 1 авто на 10 тисяч проживаючого населення у межах 15-хвилинної транспортної доступності		
4	Автостоянка автомашин швидкої медичної допомоги спроектована згідно з ДБН В.2.3-15.		
5	Потужність та структура підстанції швидкої медичної допомоги забезпечена для обслуговування кількості жителів населеного пункту		
6	Відповідність будівельної інфраструктури та комунікацій вимогам до підстанції швидкої медичної допомоги.		

Примітка. Сформовано автором самостійно

2. Аналогічна ситуація і з кількістю карет швидкої допомоги на кількість населення. Для забезпечення ефективної роботи підстанції окрім збільшення кількості працівників медичної сфери необхідно збільшити і число

автомобілів швидкої допомоги, що дозволить оперативно реагувати на виклики від жителів мікрорайону.

3. Автостоянка карет швидкої медичної допомоги не відповідає вимогам, представленим до такого типу споруд. Для забезпечення ефективної роботи підстанції необхідно забезпечити водіїв автомобілів спеціально укомплектованими місцями для технічного огляду та ремонту транспорту.

4. Як зазначалося раніше, на сьогоднішній день потужностей підстанції не достатньо для забезпечення оптимальної роботи працівників швидкої допомоги щодо обслуговування усіх викликів, які поступають від пацієнтів мікрорайону.

Таким чином, впровадження практики внутрішнього аналізу роботи підстанцій закладу екстреної медичної допомоги дозволить не лише підвищити якість надання лікарських послуг, а й забезпечити необхідні мови для працівників закладу. Адже, не менший вплив на якість медичної допомоги має рівень технічного забезпечення персоналу та карет швидкої допомоги. Окрім цього, важливий вплив на результативність лікування має психологічний стан медиків, який також залежить від умов робочого середовища та рівня навантаження. Впровадження змін у інфраструктуру підстанцій дозволить не лише відповідати вимогам законодавства України, а й підвищити рівень надання медичної допомоги. Не менш важливим фактом, як вже зазначалося вище, є допустима кількість пацієнтів, що, ймовірно, є одним з визначальних факторів надання якісної медичної допомоги та попередження професійного вигорання медиків.

Висновки до розділу 2

Проведений аналіз стану системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР показав, що на сьогоднішній день в організації розроблено та впроваджено систему аналізу якості надання медичної допомоги. Задokumentовано розподіл обов'язків та функцій працівників центру, а також встановлено умови проведення контролю.

З отриманих даних видно, що жоден з досліджуваних показників якості не знаходиться нижче відмітки позитивного результату в 60%. Так, найнижчим значенням у 62% є якість комунікації з пацієнтом працівників бригади швидкої медичної допомоги. Такі результати вказують на значну прогалину в роботі працівників центру, яка, в подальшому, може різко і негативно вплинути на якість надання медичної допомоги. Тим не менш, надзвичайно важливим показником якості є «суб'єктивний рівень кваліфікації» працівників швидкої допомоги. Так, значення цього об'єкту дослідження становить 82%, що для лікарської справи є визначальним, також необхідно зазначити, що процес визначення цього показника не мав певних об'єктивних показників, а визначався також кінцевим результатом лікування, яке не завжди залежить від вміння лікаря.

Також проведено аналіз якості надання медичної допомоги працівниками центру екстреної медицини на основі об'єктивних показників їхньої роботи, а саме – даних, вказаних у медичних картах. Так, отримані результати дослідження об'єктивно висвітлюють якість надання медичної допомоги працівниками центру екстреної медицини. Дані досліджень вказують на те, що лише більше третини працівників закладу виконують роботу на високому рівні, тоді як на середньому рівні виконання своїх обов'язків знаходиться половина працівників. Незважаючи на статистично незначні показники кількості працівників, які виконують свої функціональні обов'язки на низькому рівня якості – 9%, цей показник повинен наближатися до 0%.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ «ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

3.1. Удосконалення діючої системи управління якості надання медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

Під якістю медичної допомоги розуміється процес взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на кваліфікації лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання у пацієнта та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечити задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою [68].

Термін «якість медичної допомоги» розкривається як сукупність характеристик, що дозволяють підтвердити адекватність та повноту наданої допомоги наявним симптомам у хворого та відповідно до сучасного рівня доказової медичної науки та технології [46,70].

Імовірно, що при розгляданні різноманітних варіантів визначення якості медичної допомоги необхідно враховувати класичне визначення якості, згідно з яким під названим терміном слід розуміти наявність суттєвих ознак, властивостей, особливостей, що відрізняють один предмет або явище від інших [25].

Для забезпечення якості надання медичної допомоги розробляють однакові алгоритми проведення лікування, які мають назву «схеми формалізованих стандартів медичної допомоги». На сьогодні розроблено декілька видів стандартів для працівників сектору надання медичної допомоги:

- медико-технологічні стандарти регламентують процес надання медичної допомоги;
- стандарти програм медичної допомоги - проведення комплексу медичних заходів визначеним групам пацієнтів;
- медико-економічні стандарти - стандарти програм із закладанням розрахункової вартості комплексу послуг, які пропонуються для надання пацієнтам;
- стандарти медикаментозного забезпечення формуються шляхом розробки спеціального формулярного списку лікарських засобів за кожним захворюванням у розрізі клініко-фармакологічних груп.

Впровадження галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги спрямоване на забезпечення хворому гарантованого рівня й обсягу медичної допомоги відповідної якості, нижче якого надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних установах України є неприпустимим [67].

На сьогодні розроблено ряд державних соціальних нормативів та стандартів для покращення якості надання медичної допомоги та розвитку системи охорони здоров'я загалом, пріоритетним напрямом вдосконалення якості надання медичної допомоги встановлено – розробка, адаптація та впровадження сучасних науково обґрунтованих медичних стандартів, зокрема клінічних протоколів [66].

Аналіз міжнародного досвіду організації медичної допомоги населенню, яка ґрунтується на клінічних протоколах лікування обумовлює ефективний механізм покращення якості надання медичної допомоги, профілактичних і діагностично-лікувальних заходів. Такі зміни обумовлені використанням у лікарській практиці передових досягнень науки та їх адаптації до клінічної практики, що забезпечує, в кінцевому рахунку, зниження фінансових витрат та підвищення ефективності лікування .

Клінічний протокол - це нормативний документ, який містить вимоги, необхідні маніпуляції та призначення потрібних діючих речовин для надання якісної медичної допомоги пацієнту, який захворів на відповідне захворювання чи при визначеному синдромі [69]. Протокол містить чітко регламентовані, розташовані у відповідному порядку заходи з надання медичної допомоги, спрямовані на забезпечення її високої якості та ефективне використання матеріальних ресурсів охорони здоров'я.

Розроблення протоколів надання медичної допомоги проводиться спільно Міністерством охорони здоров'я і Академією медичних наук України. До їх опрацювання залучаються провідні науково-дослідні установи, вищі медичні навчальні заклади України, кращий науковий потенціал галузі. Науково-методичний супровід підготовки клінічних протоколів проводиться Українським інститутом громадського здоров'я [68].

Система стандартизації медичної допомоги все більше орієнтується на розробку алгоритмів, протоколів і клінічних посібників, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних і помилкових дій [66].

Розроблення і впровадження інформаційної бази критеріїв, характеристик та індикаторів якості надання медичної допомоги, які тісно переплітаються з цілями роботи медичного закладу та підтримуються керівництвом дозволить досягнути максимального ступеня об'єктивності контролю.

Критерії якості повинні охоплювати усі компоненти якості і слугувати орієнтирами на шляху досягнення запланованих цілей з надання якісної медичної допомоги (табл. 3.1).

Критерії якості підбираються індивідуально для кожної посади співробітника медичного закладу, опираючись на вид і обсягу медичної допомоги, який він здійснює у межах своєї посади, а також, виходячи з рівня його кваліфікації у лікарській справі.

Таблиця 3.1

Критерії якості медичної допомоги КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

№ з/п	Компоненти якості	Критерії якості
1	2	3
1	Спрямованість на пацієнта	<p>1.1. Забезпечення дотримання нормативних прав пацієнта згідно чинного законодавства.</p> <p>1.2. Відповідність медичної практики етичним та деонтологічним норми.</p> <p>1.3. Встановлення соціальної думки громадян щодо надання медичної допомоги, тарифної сітки, тощо</p>
2	Результативність	<p>2.1. Перебіг лікування захворювання відповідно до виявлених симптомів та встановленого діагнозу.</p> <p>2.2. Медична допомога працівниками екстреної медичної допомоги надається згідно медико-технологічних стандартів лікування, розроблених відповідно до рекомендацій МОЗ та ВООЗ, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини.</p> <p>2.3. Спостерігається зниження кількості встановлення невідповідностей у лікуванні пацієнтів, отримання ускладнень після лікування, отримання ятрогенних супутніх захворювань, неправильне проведення хірургічних маніпуляцій чи скарг від населення іншого характеру</p> <p>2.4. Постійно проводиться моніторинг рівня надання медичної допомоги населенню.</p>
3	Безпека	<p>3.1. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини.</p> <p>3.2. Дотримуються стандарти ліцензування та акредитації за відповідними профілю діяльності закладу охорони здоров'я розділами</p>
4	Доступність	<p>4.1. Штатні посади персоналу закладу укомплектовані відповідно до законодавства країни та вимог та критеріїв до роботи працівника.</p> <p>4.2. Центр екстреної медицини укомплектований медичним обладнанням та виробами медичного призначення за таблицями оснащення.</p> <p>4.3. Наявні в центрі екстреної медицини, доступні кожному медичному працівнику та дотримуються ним вимоги локальних медико-технологічних документів, стандартів, правил, методик, нормативів, інструкцій, інших регулюючих документів.</p> <p>4.4. чітко вибудована структура медичного закладу, встановлено методи та напрямки взаємодії між структурними одиницями. Також підготовлено комплекс заходів щодо взаємодії персоналу закладу з населенням при виникненні додаткових питань чи для покращення взаємодії з ними</p>

Продовження таблиці 3.1

1	2	3
5	Економічна ефективність	<p>5.1. Кількість планових ресурсів, які необхідно залучити для постійної та стабільної роботи центру екстреної медицини розраховуються згідно з вимогами галузевих / локальних медико-технологічних документів.</p> <p>5.2. Оптимальне використання ресурсів для забезпечення стабільної роботи центру екстреної медицини</p> <p>5.2. Тривалість лікувально-діагностичного процесу та його окремих складових за нозологіями відповідає діючим нормативам.</p>
6	Своєчасність	<p>6.1. Визначені і дотримуються тривалість очікування на надання медичної допомоги.</p> <p>6.2. Визначений порядок надання викликів лікарям.</p> <p>6.3. Визначений час прибуття бригади екстреної медичної допомоги до хворого / постраждалого в залежності від місцевості згідно діючих нормативів.</p>

Примітка. Сформовано автором самостійно

Інший, запропонований нами, спосіб для покращення якості надання медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ГОР передбачає вдосконалення медико-організаційних підходів до оцінки підготовленості станції швидкої медичної допомоги до здійснення ефективного контролю.

Таблиця 3.2

Методика комплексної оцінки підготовленості станції КНП «ЦЕМД та МК» ГОР до здійснення ефективного контролю якості швидкої медичної допомоги

Компоненти і параметри підготовленості	Критерії оцінки, оцінка в балах
1	2
1. Адміністративна підготовленість	
Навченість керівників з питань контролю за якістю медичної допомоги та менеджменту якості	<p>1. Навчені тільки частина керівників, які здійснюють контрольні функції.</p> <p>2. Навчені всі керівники, які здійснюють контрольні функції</p>
Нормативна підготовленість (наявність затверджених процедур контролю якості медичної допомоги, погоджених і затверджених критеріїв контролю якості медичної допомоги, нормативно-адміністративних регламентів)	<p>1. Наявна тільки частина необхідної нормативної бази</p> <p>2. Є вся необхідна нормативна база в друкованому та електронному форматах.</p>

Продовження таблиці 3.2

1	2
Інформатизація контролю якості медичної допомоги (наявність електронної бази даних, системи внутрішнього організаційного інформування про контроль і його критерії)	<p>1. Інформаційна підтримка та моніторинг результатів контролю якості медичної допомоги не ведеться;</p> <p>2. Інформаційна підтримка і моніторинг результатів ведеться на системній основі</p>
2. Готовність медичного персоналу	
1. Інформованість про критерії і принципи контролю	<p>1. Менше 70% працівників поінформовані про критерії і принципи контролю якості медичної допомоги.</p> <p>2. Більше 70% працівників поінформовані про критерії і принципи контролю якості медичної допомоги</p>
2. Ставлення до сформованій системи контролю з позиції її ефективності та справедливості	<p>1. Менше 70% працівників мають позитивне ставлення до сформованої системи контролю з позиції її ефективності.</p> <p>2. Більше 70% працівників мають позитивне ставлення до сформованої системи контролю з позиції її ефективності</p>
3. Готовність до самоконтролю	<p>1. Менше 70% працівників поінформовані про критерії і принципи контролю якості.</p> <p>2. Більше 70% працівників поінформовані про критерії і принципи контролю якості.</p>
3. Готовність пацієнтів	
1. Інформованість про мету і завдання контролю, можливості участі в ньому	<p>1. Менше 70% пацієнтів інформовані про цілі і завдання контролю та можливість їх участі в ньому.</p> <p>2. Більше 70% пацієнтів інформовані про цілі і завдання контролю та можливість їх участі в ньому.</p>
2. Сформована думка про ефективність наявної системи контролю якості медичної допомоги	<p>1. Менше 70% пацієнтів вважають ефективною сформовану систему контролю якості медичної допомоги.</p> <p>2. Більше 70% пацієнтів вважають ефективною сформовану систему контролю якості медичної допомоги</p>
3. Участь в контролі якості медичної допомоги	<p>1. Менше 70% пацієнтів готові взяти активну участь в контролі якості швидкої медичної допомоги.</p> <p>2. Більше 70% пацієнтів готові взяти активну участь в контролі якості швидкої медичної допомоги</p>

Примітка. Сформовано автором самостійно

Для оцінки підготовленості станції швидкої медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР до здійснення ефективного контролю якості швидкої медичної допомоги пропонуємо використовувати методику комплексної оцінки по 3 компонентах: адміністративна підготовленість, кадрова та підготовленість пацієнтів (табл. 3.2.). Методика використовується для проведення перевірки вищим керівництвом станції швидкої медичної допомоги з можливою участю зовнішніх експертів якості медичної допомоги або фахівців (організаторів охорони здоров'я) медичних вузів [26,29,31].

Пропонуємо наступний алгоритм використання даної методики в роботі КНП «ЦЕМД та МК» ТОР для підвищення якості надання медичної допомоги:

1. Підготовка матеріалів, які підтверджують проведення навчання та перевірки знань у керівників з питань контролю за якістю медичної допомоги та управління якістю; наявність затверджених процедур контролю якості медичної допомоги, погоджених і затверджених критеріїв контролю якості медичної допомоги, нормативно-адміністративних регламентів; планів з контролю якості медичної допомоги, положення про проведення контролю, план контролю, положення про підрозділи і посадові інструкції; наявність електронної бази даних, системи інформування про контроль і його критерії.

2. Аналіз документів і інформаційного забезпечення експертною групою, кількісна оцінка відповідності. Проводиться перевірка наявності та актуальності затверджених процедур контролю якості медичної допомоги, також проводиться аналіз їх дієвості – відповідність можливості практичного застосування та адаптації до особливостей медичного закладу; погоджених і затверджених критеріїв контролю якості медичної допомоги – встановлення об'єктивності та вимірності критеріїв, їх не формалізований характер, а також ознайомлення з ними працівників медичного закладу; нормативно-адміністративних регламентів.

3. На основі отриманих результатів аналізу рівня адміністративної підготовленості організації формується висновок про ефективність контролю

якості швидкої медичної допомоги загалом. У разі невідповідності встановлених критеріїв надаються рекомендації для їх покращення.

4. Як зазначалося вище, одним з елементів аналізу адміністративного рівня є опитування медичного персоналу на предмет оцінки їх інформованості про критерії і принципи контролю. Тим не менш, не менш важливим є встановлення відношення працівників медичного закладу до сформованої системи контролю з позиції її ефективності та справедливості. Також, важливим критерієм для встановлення якості надання медичної допомоги є постійний моніторинг готовності до самоконтролю медичних працівників, адже без особистого бажання у саморефлексії на результати роботи не можливо покращити рівень якості надання послуг. Не менш важливим є встановлення рівня компетенції працівників медичного закладу та відповідність їхніх знань сучасному рівню доказової медицини

5. Найшвидшим методом встановлення вказаних у пункті 4 є анкетування з блоком тестів, що дозволяє оперативно, об'єктивно та кількісно оцінити необхідні дані.

6. На основі отриманих даних анкетування формується оцінка підготовленості медичних працівників до ефективного контролю якості швидкої медичної допомоги.

7. Третьою стороною, але не менш важливою, є пацієнт, опитування якого на предмет оцінки їх інформованості про мету і завдання контролю, можливості участі в ньому, думка про ефективність сформованої системи контролю якості медичної допомоги, активності в частині участі в контролі якості медичної допомоги дозволять розширити інформацію про якість надання медичної допомоги. Звісно, отримана інформація не завжди є об'єктивною, але дозволяє подивитися на рівень роботи працівників медичного закладу «під іншим кутом».

8. Для встановлення рівня задоволеності пацієнтів розробляється анкета, яка піддається кількісному аналізу та статистичній обробці.

9. На основі отриманих даних здійснюється оцінка підготовленості пацієнтів до ефективного контролю якості швидкої медичної допомоги.

Ця методика дозволяє оперативно проаналізувати підготовку до якісного надання медичної допомоги, як внутрішньої організаційної системи якості, так і персоналу закладу за об'єктивними критеріями з кількісною оцінкою. Не менш важливим елементом є анкетування пацієнтів що дозволяє доповнити оцінку якості надання медичної допомоги закладом з точки зору «споживача», а також внести пропозиції для їх покращення.

Таким чином, використання розроблених нами нових критеріїв якості медичної допомоги центру екстреної допомоги та використання методики комплексної оцінки підготовленості станції швидкої медичної допомоги КНП «ЦЕМД та МК» ТОР дозволять підвищити якість виконання професійних обов'язків працівниками цього закладу. Окрім цього, забезпечать кількісний та об'єктивний аналіз стану якості надання медичної допомоги як загалом, так і кожного працівника медичного закладу зокрема. Ця інформація дозволить оперативно вносити корективи у роботу КНП «ЦЕМД та МК» ТОР та забезпечити високий рівень роботи лікарів та фельдшерів.

3.2. Розробка моделі покращення системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

Якість медичної допомоги являє собою сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги потребам і очікуванням пацієнта, а також сучасному рівню медичної науки і технології [53]. У зв'язку з цим гостро постає питання про необхідність застосування сучасних підходів до управління якістю, які сприяли б постійному підвищенню якості медичної допомоги і забезпечували конкурентну перевагу медичній установі.

Одним з таких підходів є впровадження системи менеджменту якості. Система менеджменту якості (далі - СМЯ) - сукупність взаємопов'язаних або

взаємодіючих елементів організації для розробки політики, цілей і процесів щодо якості. СМЯ дозволяє досягати і підтримувати якість медичної допомоги на високому рівні, сприяє безперервному поліпшенню діяльності установи, підвищує її конкурентоспроможність [62].

Міжнародні стандарти ISO серії 9000 є посібник з побудови СУЯ. Вони сприяють і надають методичну допомогу організаціям по впровадженню і забезпеченню функціонування ефективних СМЯ. Окрім впровадження СМЯ необхідно простежувати її функціонування, визначати причини виникнення невідповідностей в системі і оцінювати результативність. Для цього розроблений такий інструмент розвитку СМЯ як аудит [6].

Відомо, що внутрішній аудит є одним з інструментів СМЯ, який дозволяє виявити потенціали для поліпшення ефективності роботи організації і підвищити її конкурентоспроможність. У медичних установах внутрішні аудити СУЯ повинні здійснюватися регулярно. Вони проводяться з метою забезпечення підтримки, розвитку та поліпшення системи якості [55].

Внутрішній аудит спрямований на вирішення наступних завдань [42]:

- отримання доказів відповідності системи менеджменту встановленим вимогам;
- підтвердження виконання організацією законодавчих вимог;
- визначення і усунення причин виявлених невідповідностей;
- підтвердження виконання заходів, спрямованих на усунення виявлених невідповідностей;
- оцінювання ефективності діючої системи менеджменту;
- виявлення шляхів подальшого удосконалення СУЯ в цілому і її окремих процесів.

Графік проведення внутрішніх аудитів. Згідно з вимогами міжнародного стандарту ISO 9001 внутрішні аудити повинні проводитися регулярно у встановлений час. Для цього нами було розроблено річний графік проведення внутрішніх аудитів для всіх підстанцій екстреної медицини та інших структурних елементів КНП «ЦЕМД та МК» ТОР (табл. 3.3). Він був складений

з урахуванням обсягу роботи, а також статусу і значимості структурних підрозділів. На графіку відображена наступна інформація:

- обов'язкові критерії аудиту;
- об'єкт перевірки (структурний підрозділ);
- дата проведення аудиту.

Таблиця 3.3

Річний графік проведення внутрішніх аудитів для всіх структурних елементів КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

Структурна одиниця	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Примітка
Інформаційно-аналітичний відділ													
Навчально-тренувальний відділ													
Аптечний відділ													
Станція виїзної консультативної медичної допомоги													
Тернопільська станція екстреної медичної допомоги													
Бережанська станція екстреної медичної допомоги													
Кременецька станція екстреної медичної допомоги													
Теребовлянська станція екстреної медичної допомоги													
Чортківська станція екстреної медичної допомоги													

Примітка. Сформовано автором самостійно

Складений річний графік узгоджується заступниками головного лікаря і затверджується генеральним директором, головним лікарем. Після затвердження, графік аудиту для знайомлення надсилається керівникам структурних підрозділів, в яких заплановано проведення внутрішнього аудиту. Дата і час проведення аудиту повинна бути вибрана так, щоб забезпечити

об'єктивність аналізу проведення роботи працівниками закладу членами аудиторської комісії без змін у ритмі роботи працівників медичного закладу.

Відповідно до річного графіка нами розроблено програму проведення аудиту в центрі екстреної медичної допомоги. Програма містить таку інформацію:

- критерії аудиту;
- склад аудиторської групи;
- посади осіб, що входять до складу аудиторської групи;
- точні дата і час проведення аудиту.

Програма направляється для розгляду керівнику медичного закладу і групи внутрішніх аудиторів. Програма проведення внутрішнього аудиту підстанції №1 КНП «ЦЕМД та МК» ТОР представлена у таблицю 3.4.

Таблиця 3.4

**Програма проведення внутрішніх аудитів для підстанції №1 КНП
«ЦЕМД та МК» ТОР**

№	Назва структурної одиниці	Склад аудиторської групи, П.І.П.	Посада	Дата і час проведення аудиту
1	підстанції №1 КНП «ЦЕМД та МК» ТОР			02.03.2021 9.00
Критерії аудиту: Положення про організацію роботи підстанції екстреної допомоги КНП «ЦЕМД та МК» ТОР.				
Розділи: 3.2 – 3.15, 4.5 – 4.11, 5.1, 5.2, 6.1 – 6.6, 7.1 – 7.5, 8.1 – 8.3, 9.2 – 9.9.				

Примітка. Сформовано автором самостійно

Для проведення внутрішнього аудиту в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР доцільно відбирати кандидати, які будуть претендувати на роль внутрішніх аудиторів, щоб їх знань і навичок було досить для досягнення цілей аудиту. При відборі кандидатів потрібно враховувати:

- стаж роботи;
- компетентність працівників;
- особисті якості;

- знання вимог основоположних нормативних документів;
- знання методів проведення аудитів.

Оскільки раніше в центрі екстреної медицини внутрішній аудит не проводився, і фахівці не стикалися з такою роботою, їм потрібно пройти навчання. Програма навчання внутрішніх аудиторів КНП «ЦЕМД та МК» ТОР" представлена на табл. 3.5.

Таблиця 3.5

**Програма навчання внутрішніх аудиторів для підстанції №1 КНП
«ЦЕМД та МК» ТОР для підвищення якості надання медичної допомоги**

№п/п	Напрямок аудиту	Посада аудитора	П.І.П.
1.	Процеси надання медичної допомоги. Знання протоколів надання невідкладної допомоги.		
2.	Функціональне навантаження фельдшерів бригади. Правильність виконання		
3.	Фармакологія. Знання лікарських препаратів, їх застосування, синергізм, антагонізм, передозування.		
4.	Елементи епідеміології.		
5.	Елементи системи менеджменту якості		
6.	Вимоги до інфраструктури підстанції екстреної медичної допомоги		
7.	Вимоги до технічного забезпечення підстанції екстреної медичної допомоги		
Структура програми: <ul style="list-style-type: none"> - суть аудиту, його зміст і цілі; - організація планування і підготовки аудиту; - проведення і завершення аудиту; - комунікативні аспекти; - техніка постановки питань; - управління запереченнями. 			

Примітка. Сформовано автором самостійно

Для підвищення обізнаності аудиторів нами розроблено семінар "Внутрішній аудит систем менеджменту якості", в ході якого повинні бути розглянуті такі питання:

- суть аудиту, його зміст і цілі для медичного закладу;
- організація планування і підготовки аудиту;
- проведення і завершення аудиту;
- комунікативні аспекти;
- техніка постановки питань;
- управління запереченнями.

По закінченню семінару з кандидатів необхідно відібрати внутрішніх аудиторів і сформований список для аудиту. Список повинен бути узгоджений заступниками директора лікувального закладу, а потім затверджений ним самим.

Відповідно до затвердженого списку аудиторів для кожного конкретного аудиту відбирається група аудиторів. При формуванні групи аудиторів необхідно стежити за тим, щоб жоден з аудиторів не був упередженим до звітного підрозділу.

Знання та навички сформованої групи аудиторів повинні бути достатніми для проведення аудиту на підстанції екстреної медичної допомоги. Учасники групи повинні знати методи проведення аудиту, вимоги необхідних нормативно-правових документів, що регламентують діяльність КНП «ЦЕМД та МК» ТОР та лікарської діяльності загалом. Окрім цього, учасники розуміють процеси, які відбуваються на підстанції і, відповідно, здатні об'єктивно оцінити роботу своїх колег.

1. комунальному не прибутковому «центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Тернопільської обласної ради в комунальному не прибутковому «центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Тернопільської обласної ради На працівників аптечного відділення ряд важливих функцій:

- здійснення обліку медичних засобів за зміну, за квартал та за рік;
- забезпечення повноцінною комплектацією медичними засобами виїзні бригади центру;
- ведення строгого обліку наркотичних засобів та прекурсорів;

- перевірка якості медичних препаратів, які закупляються медичним центром.

2. Станція виїзної консультативної медичної допомоги надає консультативні послуги пацієнтам через різні способи комунікації. Такий спосіб допомоги пацієнтам пов'язаний зі зростанням попиту на «безконтактний» спосіб лікування, що, з одного боку, дозволяє пацієнту з не критичними симптомами одужати, а з іншого – зменшити фінансові витрати пов'язані з виїздом бригади швидкої допомоги до цього пацієнта. Окрім традиційного телефонного способу консультації працівники цієї станції використовують телеметричний спосіб лікування. Згідно з наказом № 261, телемедицина — метод надання послуг з медичного обслуговування там, де відстань є критичним чинником. Надання послуг здійснюється представниками усіх медичних спеціальностей з використанням інформаційно-комунікаційних технологій після отримання інформації, необхідної для діагностики, лікування та профілактики захворювання. Телемедичні методи є складовими медичної технології, тобто сукупності й порядку різних заходів, методів діагностики, лікування, реабілітації, профілактики, необхідних для досягнення конкретних результатів у рамках надання медичної допомоги.

3. Складений річний графік узгоджується заступниками головного лікаря і затверджується головним лікарем. Після затвердження з графіком знайомляться керівники структурних підрозділів, в яких заплановано проведення внутрішнього аудиту. Дата і час проведення аудиту повинна бути вибрана так, щоб забезпечити об'єктивність аналізу проведення роботи працівниками закладу членами аудиторської комісії без внесення труднощів у роботу працівників медичного закладу.

4. Відповідно до річного графіка була розроблена програма проведення аудиту в центрі екстреної медичної допомоги. Програма містить таку інформацію:

5. - критерії аудиту;
6. - склад аудиторської групи;

7. - посади осіб, що входять до складу аудиторської групи;
8. - точні дата і час проведення аудиту.
9. Знання та навички сформованої групи аудиторів повинні бути достатніми для проведення аудиту на підстанції екстреної медичної допомоги.

Учасники групи повинні знати методи проведення аудиту, вимоги необхідних нормативно-правових документів, що регламентують діяльність КНП «ЦЕМД та МК» ТОР та лікарської діяльності загалом. Окрім цього, учасники розуміють процеси, які відбуваються на підстанції і, відповідно, здатні об'єктивно оцінити роботу своїх колег.

Наступним етапом підготовки КНП «ЦЕМД та МК» ТОР нами запропоновано проведення внутрішнього аудиту є розробка плану внутрішнього аудиту (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

План внутрішнього аудиту підстанції №1 КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

Об'єкт аудиту.	Підстанція №1 КНП «ЦЕМД та МК» ТОР			
Підстава проведення внутрішнього аудиту	Програма внутрішнього аудиту			
Дата проведення аудиту	02.09.2021			
Місце проведення	Підстанція №1 КНП «ЦЕМД та МК» ТОР			
Цілі аудиту	<ul style="list-style-type: none"> - Виявити можливості для покращення системи менеджменту; - Підтвердити відповідність встановлених вимог: законодавчих, нормативних та внутрішніх вимог КНП «ЦЕМД та МК» ТОР; - Перевірити відповідність процесів критеріям аудиту; - Оцінити стан досягнення цілей у сфері якості та 			
	безпечності; Оцінити результативність дій стосовно ризиків і можливостей;			
Керівник об'єкту аудиту	Медичний директор – Мончак Г.В.			
Склад групи аудиторів				
Процеси, які підлягають аудиту	Критерії аудиту (позначення документів та номери пунктів)			П.І.П. відповідального за аудит процесу
	Відповідає	Не відповідає	Примітка	
1	2	3	4	5
1. Цілі функціонування КНП «ЦЕМД та МК» ТОР				

Продовження таблиці 3.6

1	2	3	4	5
2. Структура КНП «ЦЕМД та МК» ТОВ				
3. Функції, обов'язки та повноваження. Посадові та робочі інструкції.				
4. Планування роботи зміни. Аналіз людських ресурсів та потужності підстанції.				
5. Компетентність, обізнаність персоналу.				
6. Інфраструктура та робоче середовище				
7. Інформування працівників станції. Процес передачі зміни.				
8. Керування задокументованою інформацією				
9. Гігієна персоналу				
10. Аналіз якості надання медичної допомоги. Коригування. Коригувальні дії.				
11. Готовність до надзвичайних ситуацій і реагування на них. Правила і норми з охорони праці та техніки безпеки.				
12. Оцінювання дієвості.				
13. Поліпшення процесів.				

Примітка. Сформовано автором самостійно

Цей план аудиту завчасно надсилається працівникам підстанції на ознайомлення та, відповідно, підготовки до аудиту. На основі цього плану у

заплановану дату буде проводитися аудит, результати якого повинні бути оформлені та надані для ознайомлення. По завершенню аудиту повинні бути встановлені причини виявлених невідповідностей і, відповідно, розроблені коригувальні дії для їх усунення.

Таким чином, запропонована нами модель для підвищення якості надання медичної допомоги ґрунтується на даних стандарту ISO 9001 та передбачає проведення внутрішнього аудиту лікувального закладу (рис. 3.1).

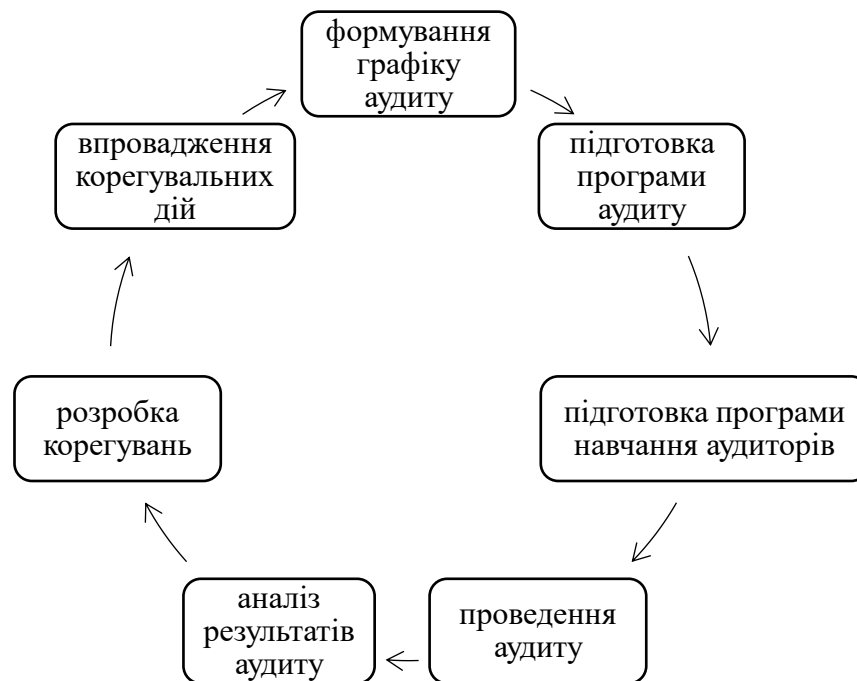


Рис. 3.1. Модель покращення системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР

Примітка. Сформовано автором самостійно

Так як, запропонована нами модель конгруентна з циклом Шухарта-Демінга, її можна умовно розділити на чотири етапи:

I етап «Планування». До цього етапу входить розробка графіку аудиту, підготовка програми аудиту та формування програми навчання аудиторів. На цьому етапі відбувається встановлення цілей аудиту і процесів, необхідних для досягнення встановлених цілей. Також відбувається планування робіт по досягненню цілей аудиту – підбір методів проведення аудиту, розробка тестових систем чи анкет для забезпечення об'єктивності аналізу. Окрім цього,

аналізується необхідна кількість людських ресурсів для забезпечення повноти аналізу та їх розподіл за компетентністю та обсягом навантаження.

Важливо зазначити, що процес формування програми навчання аудиторів та, власне, навчання аудиторів, здійснюється перед першим аудитом і включається у загальний цикл лише при введенні нових членів/членкинь аудиторської групи.

II етап «Виконання». До цього етапу відноситься сам процес здійснення аудиту. Він повинен пройти не лише об'єктивно і з максимально ефективно, а ще й оперативно, для унеможливлення негативного психологічного тиску на працівників медичного закладу, які знаходяться на робочому місці.

III етап «Перевірка». До цього етапу відноситься аналіз результатів аудиту. Не меншої важливості володіє цей етап, так як при невірній інтерпретації отриманих даних будуть сформовані невірні висновки та здійсненні подальші дії, які не зумовлять досягнення поставлених цілей внутрішнього аудиту.

IV етап «Вплив». До цього етапу відноситься розробка корегувань, встановлення причин виявлених невідповідностей та впровадження корегувальних дій. Цей етап реалізується керівниками та працівниками тих структурних одиниць, де проходив внутрішній аудит. Ними розробляються та реалізуються заходи для попередження в подальшому виникнення подібних невідповідностей, що, в кінцевому рахунку, зумовить підвищення якості надання медичної допомоги.

Таким чином, запропонована нами модель дозволяє без залучення значних ресурсів забезпечити підвищення якості надання медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР, активізувати роботу медичного персоналу по самоаналізу та підвищенню знань як медичного, так і управлінського спрямування. Також, впровадження розробленої нами моделі забезпечить підвищення організації та стандартизації роботи працівників центру екстреної медицини, що дозволить ефективно здійснювати корегування стандартів роботи, а, отже, і якості надання медичної допомоги.

Висновки до розділу 3

Для посилення контролю і, відповідно, підвищення якості надання медичної допомоги КНП «ЦЕМД та МК» ТОР розроблено критерії та індикатори якості, які охоплюють усі компоненти якості і слугують орієнтирами на шляху досягнення запланованих цілей з надання якісної медичної допомоги. Критерії якості деталізовані для кожного співробітника, відповідно до виду і обсягу медичної допомоги, визначених посадовими інструкціями.

Інший способом покращення якості надання медичної допомоги є вдосконалення медико-організаційних підходів до оцінки підготовленості станції швидкої медичної допомоги до здійснення ефективного контролю. Для оцінки підготовленості станції швидкої медичної допомоги до здійснення ефективного контролю якості швидкої медичної допомоги розроблено методику комплексної оцінки по 3 компонентах: адміністративна підготовленість, кадрова та підготовленість пацієнтів. Методика використовується для проведення перевірки вищим керівництвом станції швидкої медичної допомоги з можливою участю зовнішніх експертів якості медичної допомоги або фахівців (організаторів охорони здоров'я) медичних вузів.

Системним підходом до покращення якості надання медичної допомоги є впровадження елементів ISO серії 9000, одним з яких є «внутрішній аудит». Таким чином розроблено основні елементи для впровадження цього методу аналізу в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР.

Відомо, що внутрішній аудит є одним з інструментів системи менеджменту якості, який дозволяє виявити потенціали для поліпшення ефективності роботи організації і підвищити її конкурентоспроможність. Таким чином розроблено план внутрішнього аудиту підстанції №1 КНП «ЦЕМД та МК» ТОР, програму навчання внутрішніх аудиторів для підстанції №1 КНП «ЦЕМД та МК» ТОР, програму проведення внутрішніх аудиторів для підстанції №1 КНП «ЦЕМД та МК» ТОР та річний графік проведення внутрішніх аудиторів

для всіх структурних елементів КНП «ЦЕМД та МК» ТОР. Ці комплексні заходи дозволять на постійній основі здійснювати моніторинг якості надання медичної допомоги, виявляти невідповідності, розробляти коригування та коригувальні дії, для постійного підвищення якості роботи працівників закладу екстреної медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

1. Згідно інформації МОЗ якість медичної допомоги – це належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність. З іншого боку, якість – суб'єктивна ціннісна категорія і дві людини можуть розуміти її по-різному. Розглядаючи різноманітні варіанти визначення якості медичної допомоги, необхідно враховувати її визначення у словнику, згідно з яким, під названим терміном слід розуміти наявність суттєвих ознак, властивостей, особливостей, що відрізняють один предмет або явище від інших. Якість медичної допомоги може бути визначена як виконання професійних медичних стандартів і відповідність наданої медичної допомоги інтересам та очікуванням пацієнта.

2. Якісна медична допомога - ключове поняття, що є індикатором дотримання прав людини в сфері охорони здоров'я, гарантованих Конституцією України. Недостатня чіткість ключового понятійного апарату в сфері якості медичної допомоги може зумовити невідповідність кінцевого результату лікування та не відповідати очікуванням пацієнта.

3. Контроль якості і безпеки медичної діяльності зосереджений на контролі умов надання медичної допомоги через загальний контроль алгоритму надання медичної допомоги та стандартів медичної допомоги, хоча вони мають опосередковане відношення до якості надання медичної допомоги конкретному хворому.

4. Теорія управління якістю пропонує вивчати якість у системі медичної допомоги за 8 характеристиками: професійна компетентність, доступність, економічна ефективність, особисті взаємини, результативність, безперервність і послідовність, безпечність, зручність. Усі перелічені характеристики є невід'ємними елементами системи, яка не може функціонувати без одного зі своїх компонентів.

5. До пов'язаних послуг відносяться додаткові послуги, які також можуть надаватися в медичних закладах чи здійснюватися з використанням медичних технологій та за участю медичних спеціалістів: естетичні зміни зовнішності у пластичній хірургії (зміна форми носу, збільшення грудей, корекція розмірів статевих органів тощо), відбілювання та інкрустація зубів у стоматології, послуги із розміщення у стаціонарі підвищеного рівня комфортності, ресторанне харчування, виготовлення додаткових інформаційних документів, патолого-анатомічні дослідження тощо. Правовий режим регулювання таких послуг відрізнятиметься, тому що за своєю сутністю вони не мають лікувального ефекту і тому не можуть належати до медичних.

6. Провідна функція контролю простежується в законодавчих і нормативно-правових документах, що регулюють управління якістю медичної допомоги - двох законах України та в дев'яти наказах МОЗ України.

7. Згідно з адміністративним правом України, контроль діяльності в будь-якій сфері здійснюється шляхом позавідомчого, громадського та відомчого контролю.

8. Функції суб'єктів позавідомчого контролю якості медичної допомоги виконують: Прокуратура України та органи, діяльність яких відбувається у сфері захисту прав споживачів, з правом прийняття владних рішень, а також страхові компанії – на основі укладених угод з надавачами та споживачами медичної допомоги.

9. До громадського контролю якості медичної допомоги залучені громадські організації, громадяни в процесі їх звернень до органів влади та керівників закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги, професійні медичні асоціації. Громадський контроль носить консультативний характер.

10. Проведений аналіз стану системи надання якісної медичної допомоги в КНП «ЦЕМД та МК» ГОР показав, що на сьогоднішній день в організації розроблено та впроваджено систему аналізу якості надання

медичної допомоги. Задokumentовано розподіл обов'язків та функцій працівників центру, а також встановлено умови проведення контролю.

11. Згідно результатів суб'єктивного визначення пацієнтами окремих показників якості надання медичної допомоги працівниками екстреної медичної допомоги жоден з досліджуваних показників якості не знаходиться нижче відмітки позитивного результату в 60%. Так, найнижчим значенням у 62% є якість комунікації з пацієнтом працівників бригади швидкої медичної допомоги. Такі результати вказують на значну прогалину в роботі працівників центру, яка, в подальшому, може різко і негативно вплинути на якість надання медичної допомоги. Каузальністю цього є «Відсутність уваги та інтересу до співрозмовника».

12. Найвище значення з 82% займає «суб'єктивний рівень кваліфікації» працівників швидкої допомоги. Рівень кваліфікації лікарської справи є визначальним, також необхідно зазначити, що процес визначення цього показника не мав певних об'єктивних показників, а визначався також і кінцевим результатом лікування, яке не завжди залежить від вміння лікаря.

13. Професійний аналіз роботи працівників центру екстреної медичної допомоги показав, що лише більше третини працівників закладу виконують роботу на високому рівні, тоді як на середньому рівні виконання своїх обов'язків знаходиться половина працівників, на низькому рівні якості – 9%, тим не менш, з об'єктивних працівників, цей показник повинен наближатися до 0%.

14. Для посилення контролю і, відповідно, підвищення якості надання медичної допомоги розроблено критерії та індикатори якості, які охоплюють усі компоненти якості і слугують орієнтирами на шляху досягнення запланованих цілей з надання якісної медичної допомоги. Критерії якості деталізовані для кожного співробітника, відповідно до виду і обсягу медичної допомоги, визначених посадовими інструкціями.

15. Для оцінки підготовленості станції швидкої медичної допомоги до здійснення ефективного контролю якості швидкої медичної допомоги

розроблено методику комплексної оцінки по 3 компонентах: адміністративна підготовленість, кадрова та підготовленість пацієнтів. Методика використовується для проведення перевірки вищим керівництвом станції швидкої медичної допомоги з можливою участю зовнішніх експертів якості медичної допомоги або фахівців (організаторів охорони здоров'я) медичних вузів.

16. Системним підходом до покращення якості надання медичної допомоги є впровадження елементів ISO серії 9000, одним з яких є «внутрішній аудит». Таким чином розроблено основні елементи для впровадження цього методу аналізу в КНП «ЦЕМД та МК» ТОР. Впровадження методу внутрішніх аудитів дозволить проводити систематичну роботу над якістю надання медичної допомоги працівниками центру екстреної медицини, встановлювати не лише «індивідуальні» огріхи в роботі працівників, а й проводити коригувальні дії над «систематичними» прогалинами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова И.И. Всеобщее управление качеством. Основоположники всеобщего менеджмента качества. М.: Русайнс, 2016. 16 с.
2. Антохина Ю.А. Современные инструменты менеджмента и качества. СПб.: ГУАП, 2011. 238 с.
3. Антюшко Т. Д. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи — пути профилактики за счет изменения поведенческого подхода медицинского персонала. Медсестра. 2017. № 4. С. 52-55.
4. Апостолук О. Інформаційний менеджмент в діяльності сімейного лікаря. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». (12-13 грудня 2018 року). Тернопіль Кам'янець-Подільський: ТНЕУ, 2018. С. 19-21.
5. Аронов, И. Стандарты ИСО 9000 в жизни. Рисованный комментарий к ГОСТ Р ИСО 9001-2001 "Системы менеджмента качества. Требования". М.: КДУ, 2006. 96 с.
6. Бедорева И.Ю., Головки Е.А., Комисарова Т.В. Принципы функционирования системы менеджмента качества в медицинском научноисследовательском учреждении. Главврач. 2011. № 3. С. 62-72.
7. Битеев Б., Мазин П., Пономарев Г. Крайняя необходимость и обоснованный риск в медицинских отношениях. Уголовное право. 2011. №3. С. 22 – 24.
8. Блохина М.В., Уразова О.Н. Методика управления качеством медицинской помощи на основе процессного подхода. Общественное здоровье и здравоохранение. 2012. № 4. С. 57-60.
9. Варжапетян А. Менеджмент качества. Принятие решений о качестве, управляемом заказчиком. М.: Вузовская книга, 2007. 360 с.
10. Васильева Н.Д. Системы менеджмента качества и их сертификация. М.: Русайнс, 2014. 26 с.

11. Васянович І.А. Розробка клінічних індикаторів процесу медичної допомоги (огляд літератури). Україна. Здоров'я нації. 2009. № 3 (11). С. 113–116
12. Вдовин С.М. Система менеджмента качества организации: Учебное пособие. М.: Инфра-М, 2018. 224 с.
13. Воловец С. А. Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Качество мед. помощи. 2001. № 3. С. 75-80.
14. Воробьев, П.А., Аксюк А.С. Стандартизация и качество медицинской помощи. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 1999. № 1. С. 64-65.
15. Воробьева В. Инструменты повышения качества медицинской помощи. Медсестра. 2017. № 5-6. С. 51-53.
16. Гафуров Б.С. Контроль качества медицинской помощи - основа в системе защиты прав пациента. Проблемы управления здравоохранением. 2004. № 3. С. 22-25.
17. Голубева А.П., Боброва И.П. Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса. Здравоохранение. 2004. № 7. С. 38-42.
18. Гришин В.В. Регулирование процессов становления страховой медицины. М.: Наука, 1997. 352 с.
19. Гродзенский С. Менеджмент качества: Учебное пособие. М.: Проспект, 2019. 200 с.
20. Гройсман В.А. Управление качеством медицинской помощи. Стандарты и качество. 2004. № 4. С.100-103.
21. Губарев А.В. Информационное обеспечение системы менеджмента качества. М.: ГЛТ, 2013. 132 с.
22. Губенко Л.Г., Немцов В. Д. Культура ділового спілкування. – К., 2002. 374с.
23. Гук А.В. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги. Главный врач. 2002. № 8. С. 55–60.

24. Гуляев В.А. Управление качеством медицинской помощи. Современные аспекты совершенствования качества медицинской помощи в многопрофильном военном госпитале: материалы конф. М., 2004. С. 9-11.
25. Гуцин Г.В. Новые критерии оценки качества медицинской помощи. Главный врач. 2017. № 8. С. 3-6.
26. Данилова-Волковская Г.М. Менеджмент качества выполнения работ, услуг и сервиса (для бакалавров). М.: КноРус, 2019. 256 с.
27. Дремина М.А. Проектный подход к разработке и внедрению систем менеджмента качества: Монография. СПб.: Лань, 2015. 304 с.
28. ДСТУ ISO 9001:2016 Системи управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2008, IDT): Національний стандарт України. URL: www.klubok.net.
29. Дшхунян В.Л. Процессы и менеджмент качества в развитии экономических успехов предприятия. М.: Трек, 2005. 144 с.
30. Дьяченко В.Г., Пригорнев В.Б. Некоторые методические подходы разработки процедуры экспертной оценки функционирования отрасли здравоохранения. Проблемы управления здравоохранением. 2002. № 6. С. 9-11.
31. Заика И.Т. Документирование системы менеджмента качества: Учебное пособие. М.: КноРус, 2013. 186 с.
32. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні. Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. 2003. № 2. С. 42–45.
33. Иванов Б. Системы, методы и инструменты менеджмента качества: Учебник для вузов. СПб.: Питер, 2009. 560 с.
34. Индейкин Е.Н. Ведомственный контроль качества медицинской помощи в глазном стационаре больницы Дж. Голкинса (США). Качество мед. помощи. 2001. № 3. С. 66-69.
35. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я /В.М. Богомаз та ін. Укр. мед. часопис. 2010. № 1 (75) I–II. С. 12–26.

36. Капилевич Л. Менеджмент качества медицинских услуг. Стандарты и качество. 2001. № 2. С. 76-78.
37. Карамисhev Д.В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я. Главный врач. 2007. №8. С. 68-71
38. Качество медицинской помощи. под. ред. И.С.Мыльниковой. Б.м., 1996. 72 с
39. Ковалев А.И. Менеджмент качества функционирования предприятий. М.: ПП Цюпак, 2010. 520 с.
40. Кутафин О.Е. Документирование системы менеджмента качества. М.: КноРус, 2013. 192 с.
41. Кучеренко В.З. Проблемы управления рисками в здравоохранении. Проблемы управления здравоохранения. 2002. № 1. С. 39-43.
42. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір. К., 2009. 56 с.
43. Лехан В.М. Модель управління якістю медичної допомоги на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України. Главный врач 2008. №6. С.65–68.
44. Логанина В.И. Разработка системы менеджмента качества на предприятиях: Практическое руководство: Учебное пособие. М.: КДУ , 2008. 148 с.
45. Лукманова И.Г. Менеджмент качества: Учебник для бакалавров. М.: АСВ, 2012. - 168 с.
46. Матрос Д.Ш. Менеджмент качества в школе на основе стандартов серии ГОСТ Р ИСО 9000-2001, новых информационных технологий и образовательного мониторинга. М.: ЦПО, 2008. 288 с.
47. Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.Н. Проблема якості в охороні здоров'я. Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА. 2002. 384 с.
48. Назаренко Г. И. Полубенцева Н.И. Управление качеством медицинской помощи. М.: Медицина, 2003. С.28-38.

49. Нестеров О.Л. Уровни контроля качества медицинской помощи. Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. 2017. № 8. С. 53-58.
50. Огнев В.А. Аспекты оптимізації управління якістю медичної допомоги дітям з цукровим діабетом. Медицина сьогодні і завтра. 2012. №1. С. 23 – 27.
51. 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.
52. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Доручення Кабінету Міністрів України від 1 листоп. 2000 р. № 18249/1 до Закону України від 5 жовт. 2000 р. № 32017; Доручення Президента України від 6 берез. 2003 р. № 31-1/25.
53. Програма надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2002 р. № 955. Офіц. вісн. України. 2002. № 28. С. 1324.
54. Рахманова Н. Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения. Ташкент, 2007. 148 с.
55. Сергеев А.Г. Менеджмент и сертификация качества охраны труда на предприятии: Учебное пособие. М.: Логос, 2013. 216 с.
56. Серенков П.С. Методы менеджмента качества. Методология управления риском стандартизации. М.: Инфра-М, 2018. 149 с.
57. Серенков П.С. Методы менеджмента качества. Процессный подход: Учебное пособие. М.: Инфра-М, 2018. - 336 с.
58. Сидорович Р. Б. Критерии и индикаторы качества медицинской помощи. Главный врач. 2017. № 7. С. 28-35.
59. Смирнова, С. Халатность или врачебная ошибка? Домашний адвокат. 2013. № 6. С. 4.

60. Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2011. №1. С. 86-95.
61. Сміянов В.А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2013. №2. С.113-117.
62. Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині. Ліки України. 2003. № 4. С. 57-58.
63. Тарасенко В.И. Методическое руководство по внедрению системы менеджмента качества в газораспределительной организации в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО 9001-2008: Учебное пособие. М.: АСВ, 2012. 90 с.
64. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я. Л., 2003. С. 95.
65. Федоськіна Л.А. Менеджмент качества и обесп.безопас. в.: Монография. М.: Инфра-М, 2018. 320 с.
66. Хвистюк М.І., Роготин Б.А., Короп А.Ф. Як ми уявляємо первинну медико – санітарну допомогу на засадах сімейної медицини. Вибрані матеріали І з'їзду сімейних лікарів України. Київ, Львів. 2001. С. 48-53.
67. Чавпецов В.Ф., Перепеч Н.Б., Миляков В.П. Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика. СПб, 1996. 320 с.
68. Шемякіна Т.Ю. Производственный менеджмент: упр.качества.: Учебное пособие. М.: Альфа-М, 2018. 160 с.
69. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент: навч. Посіб. Тернопіль Крок, 2017. 351с.
70. Шлыков Г.П. Система менеджмента качества университета. Руководство по качеству и избранные документированные процедуры. М.: НТК Трек, 2008. 300 с.
71. Шмелева А.Н. Оценка эффективности менеджмента и систем менеджмента качества. М.: Русайнс, 2015. 320 с.

72. Щепетова С.Е. Менеджмент и экономика качества: От естественного к формальному, от формального к естественному. М.: КомКнига, 2010. 512 с.

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