

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

**ГЕВКО Світлана Романівна**

**Організація контролю якості медичної допомоги  
в закладі охорони здоров'я. / Organization of  
quality control of medical in a healthcare institution**

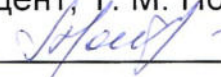
спеціальність: 073 - Менеджмент  
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи  
МЗОЗзм-21  
С. Р. Гевко



Науковий керівник:  
к.е.н., доцент, Т. М. Попович



Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:

"01" грудня 2020 р.

Завідувач кафедри

  
М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2020

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	5
1.1. Об'єктивна необхідність та завдання контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.....	5
1.2. Складові системи контролю якості медичної допомоги та базові принципи її організації.....	14
Висновки до розділу 1.....	20
<b>РОЗДІЛ 2. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	22
2.1. Аналіз організаційно-функціонального забезпечення системи контролю якості медичної допомоги.....	22
2.2. Аналіз процедур організації та технологій контролю якості в закладі охорони здоров'я.....	29
2.3. Оцінка результативності контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.....	36
Висновки до розділу 2.....	45
<b>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b> .....	46
3.1. Вироблення концептуальних підходів до побудови ефективної системи контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я з урахуванням вимог міжнародних стандартів якості.....	46
3.2. Удосконалення організації внутрішнього контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.....	58
Висновки до розділу 3.....	65
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	67
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	71
<b>ДОДАТКИ</b> .....	80

## ВСТУП

**Актуальність теми.** В системі управління організацією надання медичної допомоги контрольна функція є важливою складовою і спрямовується на перевірку дотримання вимог медичних стандартів, виявлення відхилень в лікувально-діагностичному процесі, прийняття невідкладних управлінських рішень щодо усунення причин, які впливають на якість як самого процесу лікування, так і не уможливлення виникнення несприятливих ситуацій та дефектів медичної допомоги. Виходячи із практики організації контролю якості медичної допомоги, вона зосереджена в основному на здійсненні експертної оцінки діяльності медичного персоналу та прийняття рішень щодо підвищення якості на основі фактів; вимірювання рівня задоволеності пацієнтів повнотою та якістю медичної допомоги; аналізуванню з боку керівництва за дотриманням критеріїв якості медичної допомоги.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць.** Питанням контролю якості медичної допомоги присвячено ряд праць вітчизняних і зарубіжних науковців, зокрема: В. Богомаз, О. Берназ-Лукавецька, Ю. Вороненко, Н.Гойди, В.Горачук, С. Дубінського., Т. Желюк, В. Дяченка, Ж. Крисько, І. Миронюк; В. Москаленко, Т. Попович, Н.Попової, А. Степаненка, Г. Тітова, М.Шкільняк та інші. Водночас, малодослідженими залишаються питання організації такого контролю в конкретному закладі охорони здоров'я в умовах їх автономізації в контексті здійснюваних медичних реформ.

**Мета дослідження.** Метою дослідження є вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення організації системи контролю за якістю послуг в умовах реформування сфери охорони здоров'я.

Для реалізації зазначеної мети виконувалися **такі завдання:**

обґрунтувати об'єктивну необхідність та вивчити завдання організації контролю за якістю медичної допомоги;

дослідити складові системи контролю якості послуг та базові принципи її організації;

оцінити організаційно-функціонального забезпечення системи контролю якості медичної допомоги;

проаналізувати діючі процедури організації та технологій проведення контролю якості послуг в КНП;

провести оцінку результативності системи контролю якості надання медичної допомоги ;

запропонувати концептуальні напрями побудови ефективної системи контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я з урахуванням вимог міжнародних стандартів якості

надати пропозиції щодо шляхів удосконалення організації системи внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги.

**Об'єкт дослідження.** Об'єктом дослідження є механізми та процедури контролювання якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

**Предмет дослідження.** Предметом дослідження є теоретичні і практичні підходи та способи організації системи контролю за якістю медичної допомоги в умовах автономізації закладу охорони здоров'я .

**Методи дослідження.** З метою розв'язання поставлених завдань в роботі використовувалися загальнонаукові та спеціальні методи наукового дослідження. Зокрема, застосовувалися методи системного аналізу (при розгляді питань формування систем контролю якості); факторного аналізу (при виявленні домінуючих факторів, які впливають на побудову і впровадження системи контролю за якістю); логічного узагальнення (для визначення сутності, показників та основних характеристик якості послуги та процесу її надання, технологій та методів контролю якості); статистичних методів контролю якості (для виявлення причин відхилень і помилок в процесі надання послуги); соціологічного опитування (для виявлення думки споживачів послуг та їх врахування в практику організації надання послуг); графічні методи.

Теоретичну та інформаційну основу досліджень складала наукові дослідження з проблем контролю за якістю надання послуг як вітчизняних,

так і зарубіжних вчених, законодавчі та нормативні акти України, міжнародні стандарти ISO серії 9000, практичні матеріали досліджуваної організації.

**Практична значущість** результатів дослідження полягає у виробленні практичних рекомендацій з удосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги в комунальному неприбутковому підприємстві "Тернопільська комунальна міська лікарня №2" шляхом вироблення концептуальних підходів до її побудови, впровадження елементів самоконтролю з боку медичного персоналу та вироблення алгоритмів проведення клінічного аудиту.

**Апробація.** Результати досліджень апробовані на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, ТНЕУ, травень, 2020) та у науково-практичній конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, ТНЕУ, листопад, 2020).

**Структура та обсяги роботи.** Випускна кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 79 сторінках, складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 83 найменування та містить 6 таблиць і 12 рисунків.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **1.1. Об'єктивна необхідність та завдання контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я**

Контроль якості є важливою складовою системи управління організації і зорієнтований на забезпечення відповідності виробленого продукту чи наданої послуги встановленим вимогам, які задовольняють, передусім, потреби споживачів та підвищення результативності діяльності самої організації. Сутнісний зміст контролю полягає у розумінні його: [2;5;20]:

як економічної категорії, що має певне змістове наповнення та включає певний понятійний апарат;

як комплексної функції системи управління, пов'язана з: «перевіркою відповідності встановленим стандартам, процедурам та нормативам; звітуванням; спостереженням за процесом виконання завдання; проведенням необхідних замірів; експертним оцінюванням» тощо;

як самостійного управлінського процесу та цілісної системи. В цьому аспекті контролюється: «якість власне прийнятого управлінського рішення; ефективність організаційних заходів, що розробляються для його виконання; відповідність процесу організування роботи щодо досягнення поставлених завдань встановленому порядку (алгоритму) дій ; якість персоналу, який буде виконувати рішення чи виконувати певну роботу» [2].

Загалом у процесі контролювання якості його об'єктами є власне вироблений продукт ( надана послуга, виконана робота) як результат діяльності, процес її виробництва (надання), а також витрачені ресурси. Особливе місце в системі контролювання займає контроль якості результату роботи. В цьому випадку успішна діяльність організації буде забезпечена лише у тому випадку, коли вироблений продукт або надана послуга:

відповідатимуть встановленим потребам і вимогам споживачів, середовищу їх застосування та призначення, будуть мати необхідні для замовника цінності та споживчі властивості;

відповідатимуть діючим стандартам та прийнятим нормативним документам щодо виробництва чи надання послуги;

пропонуватимуться споживачам за економічно доступними цінами (тарифами).

Метою контролю якості є «своєчасне запобігання можливому порушенню встановлених вимог до базових характеристик якості продукту та забезпечення заданого її рівня за оптимальних витрат на виробництво такого продукту» [28;49] .

Місце контролю якості у системі управління організацією проілюстровано на рис. 1.1



Рис. 1.1. Місце контролю якості в системі управління організацією

Примітка. Узагальнено за [28;49]

За визначенням науковців [49;7], система контролю є «регламентований міжнародними та вітчизняними стандартами, а також стандартами конкретної організації порядок регулювання виробничих процесів, спрямованих на забезпечення необхідного рівня якості вироблюваного продукту чи наданої послуги. Тобто, між контролем якості та якістю продукції (послуги) існує тісний зв'язок. Контроль якості базується на вимірі різних її характеристик, що задовольняють споживчі вимоги замовника або ж його очікування».

Як свідчить аналіз, система контролю якості в узагальненому виді складається із сукупності взаємозв'язаних і взаємодоповнюючих підсистем, якими є: концепт системи якості в організації; встановлення критеріїв якості та вимог до її забезпечення; визначення інструментарію контролю якості; організація контролю якості; аналіз результатів контролю якості; вироблення комплексу коригувальних заходів за результатами контролю. Така система проілюстрована на рис. 1.2.



Рис. 1.2. Складові системи контролю якості

Примітка. Узагальнено автором за [28;49]



Упровадження системи контролю якості передбачає «створення необхідних і достатніх організаційних, технічних, фінансових та інших умов для забезпечення виконання вимог щодо якості та можливостей їх задоволення.

На етапі безпосереднього контролювання якості проводиться регулярна перевірку відповідності процесу надання послуги встановленим критеріям або ж вимогам, а саме: порівнюються фактичні результати роботи із встановленою процедурою як в якісному, так і в кількісному вимірі; проводиться аналіз динаміки якості впродовж його життєвого циклу; формується перелік відхилень; розробляється комплекс коригувальних дій; здійснюється документування змін. Завершальний етап передбачає зведення аналітичних оцінок якості результатів роботи, складання списку претензій щодо якості, вирішення конфліктів і суперечок, оформлення документації, оцінка практики та отриманих висновків щодо ефективності управління якістю».

Суть та зміст контролю якості не може бути розкритими без врахування особливостей сфери діяльності, де виробляється продукт або ж надається послуга. Оскільки об'єктом нашого дослідження є медична практика, то визначимося зі специфікою надання, оцінювання та контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я (далі – ЗОЗ).

Як зазначається в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я забезпечення високої якості надання «медичної допомоги та належних кінцевих результатів роботи окремих лікарів, структурних підрозділів та медичних загалом є пріоритетним завданням». Значущість таких підходів впливає з того, що за статистичними даними в Європі «кожна людина щорічно 5–10 разів звертається до лікарів, кожен 5-й житель лікується у стаціонарі, кожен 4–9-й житель користується послугами швидкої допомоги. Тобто від здоров'я населення залежить політичний стан і соціальний настрій у будь-якій державі» [9].

Фундаментальними завданнями здійснення медичної реформи в контексті підвищення якості надання медичних послуг, є [41]:

забезпечення її орієнтованості на людей, тобто «система охорони здоров'я має дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників); а якість та безпека послуг, їх здатність адаптуватися до вимог і викликів, котрі постійно змінюються, є головними засадами діяльності закладів охорони здоров'я»;

орієнтація на результат, тобто, має підвищуватися «результативність допомоги та/або профілактичних програм, забезпечуватися фінансова захищеність пацієнтів, зростати ефективність використання коштів, забезпечуватися врахування побажань пацієнтів тощо».

Вагомим напрямом роботи, яке впливає із завдань реформування є формування сучасної системи контролю якості надання медичної допомоги, що відповідає міжнародним вимогам. Така система має стати каталізатором використанню доказових (ефективних) методів лікування, позбуватися «непотрібних процедур, що в кінцевому рахунку вирішить проблему з надмірною кількістю ліжок та/або кількістю відділень».

Актуальність питань контролю якості надання медичних послуг (медичної допомоги) тісно пов'язана, також, з документально підтвердженими фактами надання медичної допомоги низької якості та наявності помилок в медичній практиці в багатьох країнах світу.

Так, за висновками [40;19], через «недостатню якість і помилки у США щорічно помирає 44–98 тис. пацієнтів, у Європі в арбітражні суди щороку подається 10 тис. скарг, 52% з яких становлять скарги на лікарські помилки, щорічно страждають 15 млн. осіб. У країнах ЄС кожен 10-й випадок лікування наносить шкоду пацієнтам. Для більшості країн поліпшення якості медичного обслуговування є одним з основних завдань у процесі вдосконалення систем охорони здоров'я. Для порівняння зазначимо, що Україна має один із найгірших показників серед систем охорони здоров'я європейських країн, і знаходиться на другому місці за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка збільшилась на 12,7% за останні 20 років, тоді як у ЄС цей показник знизився на 6,7%. До того ж, одну чверть від загальної смертності складає смертність серед працездатного

населення (а для чоловіків це третина всіх смертей». Зазначене вимагає посилення уваги до кінцевих результатів медичної практики як на рівні національних урядів, так і в глобальних системах, передусім Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) »[40].

Під контролем якості в закладах охорони здоров'я часто розуміється процес вимірювання показників медичної практики та порівняння їх із стандартами надання медичної допомоги. Тобто, об'єктивний контроль у ЗОЗ починається із запровадження стандартів (або критеріїв) щодо правил діагностування і лікування, якими є локальні клінічні протоколи.

Метою контролю якості надання медичної допомоги, є гарантування прав пацієнтів на отримання медичної допомоги у необхідному обсязі та належної якості шляхом» оптимального використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів охорони здоров'я, застосування медичних технологій та лікарських засобів з науково доведеною ефективністю» [55].

Значення впровадження правильної системи контролю в медичну практику полягає в тому, що : покращуються кінцеві результати роботи; зменшується відсоток розбіжностей у встановленні діагнозів, знижується кількість небажаних випадків медичного втручання, підвищується рівень задоволеності роботою, зменшується кількість конфліктних ситуацій тощо.

В цьому контексті важливо реалізувати очікування основних стейкхолдерів ЗОЗ, а саме:

пацієнтів – щодо задоволення потреб у якісній медичній допомозі, пом'якшення симптомів захворювання; функціонального поліпшення здоров'я;

медичного персоналу – відповідності наданої медичної допомоги сучасному технічному оснащенню, свободі дій в інтересах пацієнта;

інвесторів - ефективного використання наявних фондів охорони здоров'я, відповідне використання медичних ресурсів, максимальний внесок у зниження непрацевдатності;

суспільства – покращання параметрів здоров'я громадян, забезпечення надання медичної допомоги в повному обсязі та належної якості.

Об'єктом контролю є якість медичної допомоги. Відповідно до наукових напрацювань, є сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявними потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології. За визначенням провідного фахівця у сфері менеджменту охорони здоров'я Донабедіана [79], якість медичної допомоги органічно поєднує в собі такі базові її характеристики, як: результативність (effectiveness); ефективність (efficiency); оптимальність (adequacy); прийнятність (acceptability); законність (legitimacy); справедливість та неупередженість (equity) [79]. При оцінюванні якості медичної допомоги та здійсненні контрольних заходів її забезпечення, необхідно дотримуватися комплексного підходу та враховувати такі основні елементи медичної допомоги, як: її структура, організація процесу надання, кінцеві результати допомоги.

В закладах охорони здоров'я контроль якості медичної допомоги забезпечується шляхом поєднання двох його форм: зовнішньої та внутрішньої.

Зовнішній контроль пов'язаний з перевіркою дотримання встановлених державою стандартних вимог щодо якості медичної допомоги. В його рамках виділяють попереджувальний та поточний контроль. Змістова та інструментальна характеристика проведення зовнішнього контролю якості надання медичної допомоги наведена на рис. 1.3.

Внутрішній контроль якості медичної допомоги здійснюється шляхом самооцінювання відповідності наданої медичної допомоги встановленим вимогам медичних стандартів, нормативів, клінічних протоколів медичним персоналом (самоконтроль), незалежними експертними комісіями та керівництвом ЗОЗ. Переважаючими методологічними інструментами його проведення є : самоконтроль, клінічний аудит, що включає розрахунок і аналіз показників, які характеризують досягнення критеріїв, визначених у стандартах якості медичної допомоги; вивчення задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою; спостереження та контроль з боку керівництва закладу.







Рис. 1.3. Система організації зовнішнього контролю якості медичної допомоги

Отже, можемо констатувати, що у системі управління організацією надання медичної допомоги контрольна функція є важливою складовою і спрямовується на перевірку дотримання вимог медичних стандартів, виявлення відхилень в лікувально-діагностичному процесі, прийняття невідкладних управлінських рішень щодо усунення причин, які впливають на якість як самого процесу лікування, так і не уможливлення виникнення несприятливих ситуацій та дефектів медичної допомоги. Виходячи із практики організації контролю якості медичної допомоги, вона зосереджена в основному на здійсненні експертної оцінки діяльності медичного персоналу та прийняття рішень щодо підвищення якості на основі фактів; вимірювання рівня задоволеності пацієнтів повнотою та якістю медичної допомоги; аналізуванню з боку керівництва за дотриманням критеріїв якості медичної допомоги.

## 1.2. Складові системи контролю якості медичної допомоги та базові принципи її організації

Важливе місце в системі контролю якості медичних послуг належить вибору методів та механізмів його проведення. Одним із них є експертиза якості, яка дозволяє не тільки оцінити якість діагностування та лікувального процесу, але й виявити конкретні недоліки, з'ясувати їх причини, розробити заходи з поліпшенням медичної допомоги. Кожна виявлена помилка (дефект), а також кожний випадок розходження в оцінці якості на різних етапах експертизи є предметом спеціального обговорення з метою підвищення рівня знань медичних працівників і вироблення єдиних підходів до лікувально-діагностичного процесу. В закладах охорони здоров'я така вибіркова експертиза проводиться один раз на місяць, результати та висновки якої розглядаються на оперативних нарадах за участю завідуючих відділень і лікарів.

Загальні підходи до організації контролю якості полягають у здійсненні таких стандартних процедур:

- збирання даних про фактичний рівень якості наданої медичної допомоги на основі його моніторингу за визначеними критеріями  

- порівняння отриманих даних зі встановленими вимогами, які містяться у медичних стандартах, протоколах, інструкціях  

- виявлення відхилень (помилки, невідповідностей, дефектів) та їх  

- аналізування причин відхилень та чинників, що їх обумовили  

- вироблення комплексу коригувальних дій та їх використання при розробленні і прийнятті управлінських рішень щодо поліпшення якості медичної допомоги.

Для вироблення рекомендацій щодо створення повноцінної системи контролю якості медичних послуг в Україні варто, насамперед, узагальнити досвід країн ЄС і адаптувати найкращі практики у діяльність вітчизняних ЗОЗ.

У світовій практиці контроль якості медичних послуг поступово трансформувався в управління нею та систему постійного підвищення якості з використанням дієвих стимулюючих і упереджувальних важелів. На здійснення медичної практики в Україні в частині підвищення якості надання медичних послуг суттєвий вплив має прийнята державна політика забезпечення якості в системі охорони здоров'я.

Для сучасних систем контролю якості в охороні здоров'я, сформованих у багатьох країнах світу, притаманними є наявність п'яти механізмів, що забезпечують якість надання медичної допомоги. Як описується в [44], ними є:

- обов'язкове «ліцензування медичної діяльності,
- акредитація та сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними),
- стандартизація (зазвичай у національних стандартах і клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв — обов'язкові та бажані),
- безпосередній контроль якості, що включає внутрішній та зовнішній аудит».

Ліцензування є «процесом надання урядом дозволу на здійснення професійної діяльності практикуючому лікарю або медичній організації після перевірки дотримання ними мінімальних обов'язкових медичних стандартів.

Якщо ліцензування гарантує пацієнтові мінімальні стандарти його безпеки та дозволяє мінімізувати ризики для здоров'я, то акредитація медичної організації спрямовується на забезпечення безперервного підвищення якості медичної послуги та націлена на досягнення оптимальних стандартів якості. Національні органи з акредитування через незалежне

зовнішнє оцінювання публічно підтверджують досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом. Такими органами у Великій Британії є United Kingdom Accreditation Forum (UKAF) - волонтерська мережа організацій NHS, підзвітна уряду; у Франції - HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна публічна наукова організація); у США – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO; національна некомерційна організація)»[44].

Через процедуру сертифікації діяльності та здійснення медичної практики підтверджується відповідність ЗОЗ рекомендаціям міжнародних стандартів якості ISO 9000. Вважається, що «функціонування такої системи в закладі охорони здоров'я забезпечує чіткість та прозорість її діяльності, дозволяє істотно підвищити ефективність лікування, сприяє зниженню його вартості та підвищує задоволеність пацієнтів рівнем якості медичного обслуговування.

Акредитація є офіційним визнанням зовнішнім органом управління того, що ЗОЗ може виконувати певне завдання та надавати якісну медичну допомогу (медичні послуги) відповідно до затверджених медичних стандартів. Акредитація здійснюється відповідно до встановлених критеріїв та вимог.

В зарубіжній практиці акредитація є перевіркою умов роботи в ЗОЗ на відповідність установленим вимогам з метою, щоб медичний працівник, що має ліцензію, міг надавати кваліфіковану допомогу. У різних країнах використовують неоднакові критерії до акредитації, але усі вони спрямовані на покращання умов для забезпечення належної якості медичної допомоги.

За висновками науковців [21], «найбільш поширеними та визнаними у світі є акредитаційні системи Канади та США. Акредитація в цих країнах є добровільною, її здійснюють двома етапами: самооцінювання закладу та зовнішня експертиза умов роботи. Водночас зазвичай проводять спеціальні соціологічні дослідження, опитують пацієнтів та медичних працівників. Акредитацію виконує міждисциплінарна команда медичних працівників і



оцінює відповідно до опублікованих стандартів для довілля, в якому здійснюється клінічна допомога».

Механізм стандартизації передбачає розроблення комплексу медико-технологічних документів, що використовуються в медичній практиці, зокрема: клінічних настанов (рекомендацій), медичних стандартів та протоколів надання медичної допомоги. Такі документи розробляються виключно на засадах доказової медицини, за певною клінічною темою (діагнозом, синдромом), а над їх створенням працюють мультидисциплінарні робочі групи за участі фахівців усіх суміжних спеціальностей». За висновками [44], «рівень медичної допомоги, що забезпечується державою, в Уніфікованому клінічному протоколі медичної допомоги є «обов'язковим» критерієм (це можливості країни «на сьогодні»), і протокол слугує його досягненню». Якщо такі критерії не відповідають ідеальним (або найкращим) значенням, вписаних у клінічних настановах, останні «визнаються в уніфікованих протоколах «бажаними»». Завданням Міністерства охорони здоров'я є забезпечити умови якнайшвидшого їх досягнення у вітчизняній практиці. Тобто, такі уніфіковані клінічні протоколи не протирічать вітчизняній моделі організації надання медичної допомоги та можливості українських лікарів їх застосовувати. Варто враховувати те, що такі «бажані» критерії вимагають від міністерства та уряду країни забезпечити сферу охорони здоров'я сучасними методами лікування. Локальні протоколи, які безпосередньо розробляються в ЗОЗ (із часовою шкалою й переліком медичних втручань, визначенням виконавців), включають індикатори якості» [44].

Взаємозв'язок між ліцензуванням, сертифікацією та стандартизацією проілюстровано на рис. 1.4.

В рамках проведення контролю якості оцінюється економічна ефективність використання ресурсів. До сучасних методів аналізу відносяться:



Рис. 1.4. Взаємозв'язок ліцензування, акредитації та сертифікації в ЗОЗ

Примітка. Наведено за [21]

основні, за допомогою яких можливо розрахувати співвідношення між затратами і отриманими результатами (аналіз «затрати-ефективність», «мінімізація затрат», «затрати-корисність (утилітарність)», «затрати-вигода»);

допоміжні, зокрема, метод оцінки вартості «типової практики», методи оцінки структури затрат (частотний аналіз, АВС-аналіз, VENаналіз).

Саме допоміжні методи клініко-економічного аналізу є найпростішими і тому найбільш доступними для широкого використання у практиці аналізування та контролювання якості.

Оцінка ресурсних можливостей закладу охорони здоров'я [27;44;69;77] надавати якісні послуги, проводиться за допомогою використання низки аналітичних методів, передусім таких як: АВС-аналіз, VENаналіз, соціологічні опитування.

АВС-аналіз дозволяє встановити, «на які послуги / діагностичні дослідження або групи лікарських засобів переважно витрачаються кошти

(бюджетні, страхові, власні кошти громадян), розподіляючи їх на три групи. Група А – група, на яку витрачається 80,0% коштів, група В – група, на яку витрачається 15, 0% усіх коштів, і група С – група, на яку витрачається 5,0% коштів. Частотний аналіз доповнює АВС-аналіз за рахунок ранжування послуг / діагностичних досліджень або лікарських засобів за кратністю їх використання, що допомагає з'ясувати, витрачаються кошти переважно на дороговартісні ресурси, які рідко призначаються, або на дешеві, але такі, що використовуються дуже часто»[44].

VEN-аналіз дозволяє «розподілити послуги / діагностичні дослідження або лікарські засоби, які використані, на життєво важливі (V), необхідні (E) і другорядні (N). Як правило, до V-групи відносять послуги або лікарські препарати, необхідні для лікування основного захворювання, до E-групи – послуги або лікарські препарати для лікування супутніх захворювань та / або ускладнень основного, а до N-групи – дослідження та лікарські засоби, не рекомендовані до застосування стандартами / протоколами або формулярами лікарських засобів». Даний вид аналізу дозволяє зробити висновок про адекватність використання ресурсів при певному захворюванні»[44].

Соціологічні методи контролю передбачають «вивчення думки пацієнтів стосовно якості отриманої ними медичної допомоги, а також виявлення очікувань, які є стійкими побажаннями або запитами пацієнтів для використання зазначеної інформації з метою планування заходів з поліпшення якості.

Об'єктами соціологічних опитувань в системі контролю якості медичної допомоги виступають, також, і медичні працівники, як учасники лікувально-діагностичного процесу та надавачі медичної допомоги. Вивчення задоволеності медичних працівників професійною діяльністю дозволяє надати, в комплексі з іншими даними, оцінку умов праці, інформаційного забезпечення, соціального захисту співробітників, залучення персоналу до участі в управлінні якістю медичної допомоги.

За результатами контролю керівника та даних самоконтролю лікарів і іншого медичного персоналу, обов'язковій реєстрації підлягають дефекти медичної допомоги, невідповідності, відхилення від встановлених нормативів з аналізом їх причин і усуненням в межах наданих повноважень.

Результати контролю необхідно обов'язково формалізуються у відповідні таблиці (форми), і використовувати при підготовці аналітичної довідки про оцінку якості надання медичної допомоги

До технічних засобів, що використовують для виконання завдань контролю якості, відносять: комп'ютерну техніку, програмне забезпечення для збору і автоматизованої обробки даних, відеообладнання, канцелярське знаряддя.

## **Висновки до розділу 1**

В цілісному вигляді система контролю якості медичних послуг є сукупністю взаємозв'язаних елементів, що включають: мету, завдання та рівні контролю; ідентифікацію суб'єктів і об'єктів контролю залежно від виду (внутрішнього і зовнішнього) контролю; встановлення базових прийомів (методів) контролювання якості; визначення джерел інформації; вироблення критеріїв результативності контролю; аналізування скарг і претензій пацієнтів; моніторинг громадської думки. Варто відзначити, що об'єктивність контролю в значній мірі залежить від розробленої та затвердженої керівником закладу охорони здоров'я інформаційної бази критеріїв та індикаторів якості, відповідних її компонентам.

Метою контролю якості є своєчасне запобігання можливому порушенню встановлених вимог до базових характеристик якості та забезпечення заданого рівня якості продукту за оптимальних витрат на її виробництво.

Процес контролю якості включає об'єкти контролю, методи контролю, виконавців контролю, а також документацію на проведення контролю. Під

методом контролю розуміють правила застосування певних принципів і засобів контролю. Метод контролю включає: технологію проведення контролю, контрольні ознаки, засоби контролю і точність контролю.

Організацію контролю якості слід розглядати з точки зору дотримання таких етапів робіт:

1) розробка та впровадження відповідних стандартів діяльності і критеріїв якості послуг;

2) вимірювання фактичних показників якості і порівняння їх з прийнятими в стандартах і встановлених критеріях;

3) розробка та впровадження необхідних коригувальних дій, якщо досягнуті результати суттєво відрізняються від встановлених стандартів.

Якість медичної допомоги можна трактувати як зміст взаємодії медичного працівника та пацієнта, що ґрунтується на

а) кваліфікації лікаря і його здатності упереджувати та знижувати ризик прогресування, наявного у пацієнта, захворювання, та виникнення нового патологічного процесу;

б) здатності забезпечувати обґрунтовані потреби та очікування пацієнта в рівні якості медичного обслуговування;

в) оптимальному використанні ресурсів закладу охорони здоров'я .

## РОЗДІЛ 2

### СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1. Аналіз організаційно-функціонального забезпечення контролю якості медичної допомоги**

Об'єктом оцінювання практики організації контролю якості медичної допомоги є комунальне неприбуткове підприємство "Тернопільська комунальна міська лікарня №2" (далі - КНП «ТКМЛ»№2). Свою діяльність міська лікарня розпочала 19 січня 1975 року, має відповідну акредитацію на здійснення медичної практики. Така акредитація є офіційним визнанням наявності лікарні умов для забезпечення якісного, своєчасного та встановленого рівня медичного обслуговування пацієнтів, дотримання ним вимог медичних стандартів, відповідності кваліфікації медичних працівників єдиним кваліфікаційним вимогам.

На сьогодні КНП «ТКМЛ»№2 є сучасним багатопрофільним лікувально-діагностичним закладом, який надає спеціалізовану медичну допомогу населенню міста Тернопіль та територіальних громад Тернопільської області. Згідно статуту, КНП здійснює й іншу господарську некомерційну діяльність, що спрямовується на збереження, поліпшення ат відновлення здоров'я громадян, використовуючи при цьому досягнення сучасної та вітчизняної медицини без одержання прибутку.

Мета діяльності КНП «ТКМЛ» №2 полягає у наданні спеціалізованої і кваліфікованої медичної допомоги та медичних послуг для досягнення соціальних результатів.

Медична практика міської лікарні фінансується за рахунок коштів місцевого бюджету, коштів територіальних громад відповідно до укладених договорів, державної медичної субвенції, доходів, отриманих від платних послуг, благодійних фондів та інших не заборонених законодавством коштів.

До основних завдань здійснення медичної практики КНП «ТКМЛ» №2 належить: надання громадянам якісної медичної допомоги та медичних послуг, які спрямовуються на збереження, покращання та відновлення їхнього здоров'я відповідно до встановлених вимог медичних стандартів; здійснення медичної практики з профілактики, діагностування та лікування розладів здоров'я, у тому на альтернативній основі; розвиток нових форм надання медичних послуг, в т.ч. і на платній основі; забезпечення ефективної організації та взаємодії з іншими медичними закладами міста та області з метою забезпечення наступництва в наданні медичної допомоги на різних її рівнях та раціонального використання медичних ресурсів.

КНП «ТКМЛ» №2 здійснює свою діяльність за такими напрямками:

- забезпечення населення міста якісними медичними послугами шляхом надання йому стаціонарної невідкладної медичної допомоги з використанням затверджених кадрових, бюджетно–фінансових, матеріально–технічних ресурсів;
- надання гарантованої державної безоплатної допомоги в обсягах, які встановлені чинним законодавством. Надання такої допомоги здійснюється згідно визначених нормативів в обсягах бюджетного фінансування;
- організація та проведення експертизи тимчасової (або стійкої) непрацездатності пацієнта та проведення реабілітаційних заходів;
- підвищення рівня якості медичної допомоги за рахунок залучення коштів інших організацій незалежно від форм їх власності;
- участь у підготовці медичного персоналу - інтернів, шляхом надання баз для проходження медичної практики згідно укладених договорів з навчальними закладами медичного профілю та медичними кафедрами;
- проведення наукових досліджень за медичною тематикою, апробації та впровадженні нових методів лікування, профілактики, діагностики та реабілітації пацієнтів; здійсненні експертних оцінок результатів наукових досліджень в сфері охорони здоров'я;

- участь в організації та проведенні науково-практичних клінічних та патолого-анатомічних конференцій, семінарів, експертних комісій, консилиумів, медичних рад тощо та заходів з контролю за якістю лікувально-діагностичного процесу.

Сьогодні в структурі КНП «"Тернопільська комунальна міська лікарня №2"» можна виокремити 5 функціональних служб:

стаціонарну, яка включає 10 відділень і розраховане на 390 стаціонарних ліжок;

поліклінічну служби, в рамках якої діють три відділення та здійснюють медичну практику вузькі спеціалісти;

дитинства та пологової діяльності, в склад якої входить 5 відділень та два центри жіночої консультації;

променево-діагностичне та інформаційно-аналітичне відділення та медичної статистики, до складу якого входять діагностичні кабінети, служба ультразвукової діагностики, ендоскопічна служба, функціональна діагностика, рентгенологічна служба, інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики;

лабораторію (клініко-діагностична).

В склад медичних послуг, які надаються медичним персоналом КНП «ТКМЛ» №2, входять послуги: неврології, травматології, хірургії, ревматології, кардіології, ендокринології, гінекології, фтизіатрії, урології, проктології, отоларингології, тощо. Така допомога налається спеціалізованими відділеннями: анестезіології та інтенсивної терапії; невідкладної медичної допомоги; серцево-судинної та рентгенендоваскулярної хірургії; ревмокардіологічного; терапевтичного; урологічного; хірургічного; акушерської та екстрагенітальної патології вагітних; неонатального догляду та лікування новонароджених; гінекологічного та інш.

У загальному виді організаційна структура КНП «ТКМЛ» №2 та структура медичної допомоги наведена на рис. 2.1.





Рис. 2.2. Організаційна структура надання медичної допомоги в КНП «ТКМЛ» №2

Примітка. Складено автором.

Управління діяльністю КНП «ТКМЛ» №2 зосереджено в адміністративно-управлінському апараті та керівництва на рівні відділень, служб та центрів. Склад та чисельність адміністративно-управлінського персоналу лікарні наведено в табл.2.1.

Поточне управління КНП «ТКМЛ» №2 здійснює директор, який призначається на посаду та звільняється з посади рішенням виконавчого органу Тернопільської міської ради і який безпосередньо підпорядковується уповноваженому органу управління та несе персональну відповідальність за виконання покладених на заклад завдань та функціональних повноважень.

Відповідно до статуту, директор розпоряджається коштами та майном КНП, здійснює контроль за фінансовою та штатною дисципліною, контролює за ефективним використанням майна і коштів, відповідає за організаційну, науково-методичну, адміністративно-господарську діяльність; затверджує організаційну структуру КНП, укладає договори з співпраці з зацікавленими сторонами.

Таблиця 2.1

**Чисельність адміністративно-управлінського персоналу КНП  
«ТКМЛ» №2**

Посада		Кількість штатних одиниць	Посадовий оклад
1	Директор	1,00	24 846,00
2	Медичний директор з медичного обслуговування населення	1,00	23 604,00
3	Медичний директор з експертизи тимчасової непрацездатності	2,00	23 605,00
4	Медичний директор з дитинства і пологової допомоги	1,00	23 604,00
5	Медичний директор з медичної частини	1,00	23 604,00
6	Головна медична сестра	1,00	5 446,25
7	Начальник відділу кадрів	1,00	4 141,00
8	Головний бухгалтер	1,00	22 361,00
9	Заступник головного бухгалтера	1,00	21 243,00
10	Бухгалтер з фінансового обліку	3,25	3 692,62
11	Бухгалтер (з дипломом спеціаліста)	5,00	3 712,00
12	Економіст	1,00	3 611,25
13	Бухгалтер з фінансового обліку	1,25	3 447,00
14	Бухгалтер	1,00	3 447,00
15	Керівник групи з розрахунків з працівниками	1,00	3 826,00
16	Інженер-програміст	2,00	3 636,00
17	Інженер з охорони праці	1,00	4 141,00
18	Касир	1,00	2 670,00
19	Юрисконсульт	0,50	3 826,00
20	Секретар-друкарка	1,00	2 670,00
21	Інспектор з кадрів	2,00	3 048,00
22	Оператор комп'ютерного набору	2,50	2 670,00
23	Завідувач складу	2,00	3 048,00
24	Завідувач господарства	1,00	3 237,00
25	Діловод	1,00	2 670,00
26	Головний інженер	1,00	5 124,40
27	Фахівець з питань цивільного захисту	1,00	3 237,00
28	Інженер з метрології	1,00	3 447,00
29	Агент з постачання	1,25	2 670,00
<b>Разом</b>		<b>39,75</b>	<b>240 283,52</b>

Примітка. Наведено за даними [83]

Окрім того, директор бере участь у розробленні умов колективного договору та правил трудового порядку і від імені адміністрації підписує його з трудовим колективом; розробляє інші внутрішні документи; затверджує положення про структурні підрозділи міської лікарні та визначає основні функції працівників закладу; відповідно до трудового законодавства приймає на роботу і звільняє з роботи медичних працівників, застосовує до них визначені договором заохочення і заходи дисциплінарного стягнення; створює необхідні умови для розвитку колективу, навчання працівників, підвищення їх кваліфікації та професійного рівня.

Базові функції з організації надання медичної допомоги та забезпечення медичного обслуговування в КНП покладені на Медичного директора з медичного обслуговування населення. Відповідно до Положення про КНП «ТКМЛ» №2 та посадової інструкції, медичний директор:

- організовує роботу з медичного обслуговування,

- відповідає за лікувальну та діагностичну діяльність;

- здійснює контроль якості надання медичної допомоги щодо її відповідності сучасним медичним стандартам та протоколам лікування;

- виконує контрольні функції щодо роботи медичного персоналу в процесі надання медичної допомоги;

- організовує роботу медичної ради та медичних комісій за різними напрямками і темами;

- забезпечує оперативне координування роботи структурних підрозділів з надання своєчасної меддопомоги пацієнтам, здійснює заходи з розроблення та впровадження системи постійного удосконалення якості та безпеки медичних послуг;

- організовує безперервний професійний розвиток медичного персоналу та контролює своєчасність проходження медичним персоналом підготовки та перепідготовки, підвищення рівня їхньої кваліфікації;

- проводить наукові дослідження з клінічних випробувань, організовує співпрацю із зовнішніми «постачальниками медичних послуг та медичного

устаткування для КНП, оцінює якість медичних послуг та медичного устаткування, подає відповідні пропозиції директору закладу».

Узагальнені контрольні функції медичного директора, які реалізуються в рамках управління якістю в КНП «ТКМЛ» №2, проілюстровані на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Узагальнені контрольні функції медичного директора з медичного обслуговування населення КНП «ТКМЛ» №2 в рамках управління якістю

Сучасний підхід до забезпечення якості надання медичної допомоги в КНП «ТКМЛ» №2 спрямовується на контроль та покращання діяльності медичного закладу, підвищення його ефективності завдяки медичній практиці, яка ґрунтується на доказах та використанні клінічних досліджень як основи інформації для прийняття рішень в сфері якості. Медична практика в КНП «ТКМЛ» №2 вимагає від медичного персоналу використання найнадійніших доказів, а від пацієнта – активної поінформованої щодо його участі у профілактичних заходах під час надання медичної допомоги.

Управління якістю в КНП «ТКМЛ» №2 ґрунтується на використанні бази медичних стандартів за всіма напрямками його діяльності. Така база містить чинні документи, затверджені наказами МОЗ України, які регламентують клінічні аспекти надання медичної допомоги у вигляді: стандартів медичної допомоги; клінічних протоколів; нормативів надання медичної допомоги; методичних рекомендацій та локальних протоколів, які використовуються для побудови чіткого алгоритму лікування, яке має отримати пацієнт за діагностовано хворобою. Саме вони є індикатором, з яким порівнюються у процесі контролю реально досягнуті результати медичних процедур та самого процесу надання медичної допомоги.

## **2.2. Аналіз процедур організації та технологій проведення контролю якості в закладі охорони здоров'я**

Система контролю якості в КНП «ТКМЛ» №2 вибудовується на принципах та за вимогами, виписаними в наказі МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» [83] та відповідного Положення про організацію контролю в КНП «ТКМЛ» №2. Стосовно до його положень, такий контроль здійснюється методами:

зовнішнього та внутрішнього контролювання якості надання медичної допомоги;

застосування системи самооцінювання медичних працівників;

експертного оцінювання;

моніторингу системи індикаторів якості медичних послуг;

атестації (сертифікації) діяльності відповідно до встановлених вимог;

Діюча практика контролювання якості надання медичних послуг в КНП ґрунтується переважно на механізмах внутрішнього контролю та самоконтролі. Функції внутрішнього контролювання в КНП покладено на медичного директора з медичного обслуговування населення.

Аналіз інструментарію внутрішнього контролю якості в закладі засвідчив, що переважаючими процедурами його проведення є:

щоденний контроль якості діагностичного та лікувального процесу за даними історій хвороби та медичними картками стаціонарних хворих, що проводяться завідуючими відділень;

постійний контроль за якістю лікувального процесу з боку медичного директора з медичного обслуговування;

здійснення безпосереднього контролю за клінічним станом пацієнтів під час обходів завідувача відділення з фіксацією результатів оглядів у «журналі обходу»;

спостереження за роботою медичного персоналу;

проведення щоденних ранкових нарад та обговорення проблемних питань медичних втручань;

здійснення експертної оцінки якості лікувального процесу в стаціонарі;

огляд пацієнтів, які виписуються;

анкетування пацієнтів та вивчення їх думки про якість наданих медичних послуг, а також потреб і очікувань щодо обсягу медичної допомоги.

Організаційні механізми та об'єкти контролювання якості за його видами наведені в табл.2.2. В цьому контексті важливо чітко встановити суб'єкта контролю, в повноваження якого входять такі обов'язки, об'єкт контролю та базовий аналог (індикатор) з яким порівнюються отримані результати в процесі здійснення медичної практики.

**Система контролювання якості надання медичної допомоги в  
КНП «ТКМЛ» №2**

<b>Вид контролю</b>	<b>Суб'єкт контролю</b>	<b>Об'єкти контролю якості</b>
Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги	керівництво КНП та/або медична рада медзакладу в межах повноважень, визначених законодавством	<ul style="list-style-type: none"> <li>- кваліфікація лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою</li> <li>- самооцінка медичних працівників</li> <li>- організація надання медичної допомоги</li> <li>- моніторинг реалізації управлінських рішень моніторинг дотримання структурними підрозділами ЗОЗ стандартів у сфері охорони здоров'я,</li> <li>- клінічні протоколи</li> <li>- моніторинг системи індикаторів якості медичної допомоги</li> <li>- вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги</li> </ul>
Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги	органи державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством	<ul style="list-style-type: none"> <li>- дотримання ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики</li> <li>- проведення акредитації ЗОЗ</li> <li>- проведення атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою</li> <li>- проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги</li> </ul>

Примітка. Наведено автором за [83]

У загальному процесі контролю якості медичної допомоги можна виокремити декілька його рівнів:

перший рівень – це самоконтроль медичного персоналу та контроль у системі відносин «лікар-пацієнт»;

другий рівень – це контроль з боку завідувача відділення, який оцінює якість меддопомоги, що надається конкретним медпрацівником;

третій рівень – контроль з боку медичного директора з медичного обслуговування населення, який для підвищення ефективності контрольних перевірок якості надання медичної допомоги з один раз на місяць проводить вибіркову експертизу пролікованих випадків у відділеннях (не менше 10% пацієнтів стаціонару та 20% випадків щодо осіб, які закінчили лікування),

результати та висновки якої розглядаються на оперативних нарадах за участю завідуючих відділень і лікарів.

четвертий рівень – контроль з боку експертної комісії КНП, яка щомісяця оцінює якість роботи структурних підрозділів.

Особливе місце в системі управління якістю та контролю за якістю займає незалежна експертна комісія. У КНП «ТКМЛ» №2, яка створена наказом директора з метою:

а) незалежного альтернативного з'ясування обставин та особливостей перебігу захворювання, причин та механізму настання смерті, недоліків надання медичної допомоги хворим, які померли в лікарні;

б) рецензування історій хвороб пацієнтів відділень терапевтичного та хірургічного профілю з метою оцінки якості обстеження і лікування хворих, ведення медичної документації;

в) для проведення цільової експертизи і рецензування історій хвороб пацієнтів, які проходили лікування в медичному закладі.

Робота незалежної експертної комісії підпорядковано медичному директору за профілями і здійснює свою діяльність на ІV рівні контролю якості. Засідання незалежної експертної комісії відбуваються один раз в квартал. З метою удосконалення управління стаціонарною медичною допомогою необхідно мати достовірну інформації про її якість та ефективність, про наявність дефектів в організації і проведенні лікувально-діагностичного процесу, рівень професійної діяльності окремих медичних працівників. Для цього в КНП сформована відповідна база медичних карт стаціонарного хворого. Експертна оцінка таких карт дозволяє виявити повноту та терміни обстеження пацієнтів, адекватність їх лікування та реабілітації, а також усі випадки післяопераційних ускладнень, летальних наслідків в т.ч. після оперативних втручань, розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозу, повторної госпіталізації.

Експертиза якості медичної допомоги є одним з управлінських заходів , що дозволяє не тільки оцінити якість діагностики та лікування хворих але й



виявити конкретні недоліки, з'ясувати їх причини, розробити заходи з поліпшенню лікувально-діагностичної допомоги.

Кожний виявлений дефект, а також кожний випадок розходження в оцінці якості на різних етапах експертизи є предметом спеціального обговорення з метою підвищення рівня знань медичних працівників і вироблення єдиних підходів до лікувально-діагностичного процесу.

Оцінка якості медичної допомоги повинна бути максимально об'єктивною і достовірною, інакше її проведення буде недоцільним, оскільки не дасть інформації про наявні резерви і не дозволить поліпшити якість.

Процес організації експертної оцінки включає декілька етапів:

1. Формування комісії з експертизи якості (склад комісії затверджується наказом головного лікаря).

2. Збір необхідної інформації для оцінки діяльності стаціонару та медичних працівників (здійснюється шляхом заповнення та статистичної обробки спеціально розробленої "карти експертної оцінки"). Основним документом для експерта є медична карта стаціонарного хворого (форма 003(0), карта вибулого із стаціонару (ф 066(о), журнал запису оперативних втручань (Ф 008 (у).

3. Аналіз перебігу та якості лікувально-діагностичного процесу, повноти і тривалості обстеження, адекватності лікування та реабілітації. Здійснюється на основі аналізу записів медичних карток. При необхідності одержання будь-якої інформації експерт може також поспілкуватися з хворим, якщо він знаходиться ще на лікуванні, або разом з лікуючим лікарем оглянути хворого. При цьому, зав.відділенням щоквартально може оцінювати не менше 30 історій хвороб кожного лікуючого лікаря підрозділів, а зовнішній експерт - не менше 30 історій хвороб за кожним профілем. Відповідно до функціональних обов'язків зав.відділенням щоденно контролює виконання прогресивних медико-технологічних та організаційних принципів ведення хворих у відділенні, а відповідно і експертну оцінку термінів і якості обстеження, початку лікування і його обґрунтованості

проводиться постійно з подальшим обговоренням на конференціях випадків дефектів в лікувально-діагностичному процесі. Експертна оцінка випадків смерті в стаціонарі передбачає глибокий аналіз кожного випадку летального наслідку, в т.ч. після операційних втручань.

4. Заповнення карт експертної оцінки. Здійснюється шляхом вписування необхідної інформації в журналі експертних оцінок історій хвороб. Структура такої картки є типовою і включає такі елементи: прізвище хворого, № історії хвороби, назву відділення, прізвище лікуючого лікаря, клінічний діагноз, дефекти в призначенні обстеження (були/не були); дефекти в проведенні обстеження (були/не були); причини дефектів в призначенні і проведенні обстежень; дефекти в призначенні лікування (були/не були); дефекти в проведенні лікування (були/не були); причини дефектів в призначенні і проведенні лікування; при оперативному втручанні оцінка оперативної тактики; в разі виникнення післяопераційного ускладнення вказати причину; оцінка тривалості перебування хворого в відділенні; причини заниженого терміну перебування хворого у відділенні; причини необґрунтовано завищеної тривалості перебування хворого у відділенні; співпадіння клінічного та патологоанатомічного діагнозів; причини діагностичної помилки; оцінка якості ведення медичної документації (задовільна, незадовільна).

Висновки експертів II рівня (завідувачів відділенням) оформлюються щоквартально в журналах експертних оцінок по схемі: комплексність обстеження в %, комплексність лікування в %, дефекти видання медичної документації в %. Висновок робиться по кожному лікарю, який працює в даному структурному підрозділі.

Окремі функції контролю за якістю надання медичної допомоги в КНП «ТКМЛ» №2 покладаються на Медичну раду, яка відповідно до її Положення бере участь у моніторингу контролю якості, розробляє пропозиції та планує заходи з покращення якості медичного обслуговування, здійснює експертизу відповідності наданої медичної допомоги встановленим у клінічних

настановах і протоколах вимогам щодо її якості, подає в експертну комісію документи про допущені порушення і помилки в процесі лікування та надає відповідні рекомендації щодо їх уникнення в майбутньому. Рішення методичної ради є рекомендаційними, однак вони чітко фіксують виявлені відхилення, що є підставою для прийняття рішень щодо їх обов'язкового усунення.

Проведений аналіз свідчить, що сформована система контролю якості надання медичної допомоги в КНП «ТКМЛ» №2 є цілісною, однак потребує удосконалення, а саме: урізноманітнення інформації про процес надання медичної допомоги за видами та розширення джерел її збирання, накопичення досвіту контролю, постійного навчання апарату управління і персоналу лікарні з питань експертизи якості, поліпшення матеріально-технічної бази. Згідно наказу директора надання медичної допомоги в повному обсязі і належної якості має бути пріоритетним завданням в роботі всіх структурних підрозділів КНП, і всіх технологічних процесів. З цією метою рекомендується завідуючим відділеннями та службами лікарні:

а) переглянути всі посадові інструкції, плани роботи та забезпечити їх цілеспрямованість на виконання основного завдання — забезпечення якості медичної допомоги;

б) забезпечити обстеження і лікування хворих згідно затверджених в лікарні уніфікованих протоколів медичної допомоги;

в) забезпечити проведення експертної оцінки першого рівня — самоконтролю при роботі лікуючих лікарів і медсестер;

г) забезпечити проведення експертної оцінки за другим рівнем контролю та щоквартально подавати заступникам з медичного розділу роботу звіт про виконану роботу з експертизи якості надання медичної допомоги в структурному підрозділі;

д) на всі випадки летальних наслідків: добова летальність, летальність у працездатному віці, післяопераційна летальність, летальність внаслідок інфаркту, пневмонії тощо в десятиденний терміни мають бути оформлені

експертні карти з висновками рецензента з якості лікування та наявних недоліків;

е) при проведенні експертизи якості надання медичної допомоги залучати науковців в медичній сфері;

є) з метою виявлення оцінки якості медичної допомоги пацієнтів, періодично проводити анкетування хворих стаціонару один раз в квартал.

### **2.3. Оцінка результативності системи контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я**

Результативність системи контролю якості надання медичної допомоги залежить від багатьох чинників, і передусім, від чітко сформованих критеріїв надання медичної допомоги загалом; показників роботи КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2»; критеріїв оцінки роботи відділень лікарні; критеріїв оцінки якості роботи лікарів за профілем діяльності; стандартів сестринського догляду і критеріїв їх оцінки.

Система показників роботи КНП «ТКМЛ» №2 включає:

показники результативності, в склад яких входить: план виконання ліжко-днів; робота одного ліжка; середня тривалість перебування хворого на ліжку; лікарняна летальність; хірургічна активність відділення; провадження нових методик; кількість посад лікарів; укомплектованість фізичними особами штатних посад лікарів;

показники якості, до яких відносяться: розбіжність клінічного та патологоанатомічного діагнозів; післяопераційна летальність; післяопераційні ускладнення;

показники дефектів, якими є наявність обґрунтованих скарг пацієнтів та їх родичів, внутрішньо лікарняна інфекція, виробничі травми співробітників.

Залежно від кількості балів, за якими оцінювався кожен показник, якість робота КНП може бути: високою ( від 22 до 26 балів); задовільною ( від 15 до 22 балів) і незадовільною ( менше 15 балів). Діапазон оцінок складає від 0

до 2. Оцінка результатів роботи КНП здійснюється експертною групою з використанням встановленої бальної шкали оцінювання, яка наведена в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Показники роботи КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2» за \_липень\_ 2020 р.**

№ з/п	Критерій	Кількість балів
<b>Показники результативності</b>		
1	План виконання ліжко-днів	1
2	Робота ліжка	2
3	Середня тривалість перебування хворого на ліжку	2
4	Лікарняна летальність	1
5	Хірургічна активність відділення	2
6	Впровадження нових методик	2
7	Кількість посад лікарів	2
8	Укомплектованість фізичними особами штатних посад лікарів	1
<b>Показники якості</b>		
9	Розбіжність клінічного та патологоанатомічного діагнозів	1
10	Післяопераційна летальність	1
11	Післяопераційні ускладнення	1
<b>Показники дефектів</b>		
12	Наявність обґрунтованих скарг пацієнтів та їх родичів	1
13	Внутрішньолікарняна інфекція	2
14	Виробничі травми співробітників	2
Разом		<b>21</b>
Рівень якості		задовільний

**Шкала оцінки роботи КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2»**

<i>Кількість балів</i>	<i>Рівень якості</i>
22 (для оцінки за місяць) 26 (для оцінки за рік)	високий
від 15 до 22 (26)	задовільний
менше 15	незадовільний
Примітка: оцінка проводиться по 2-бальній системі: 0 балів: критерій лікарем не виконується; 1 бал: виконується частково (не повністю); 2 бали: виконується в повному об'ємі.	

Примітка. Складено за [83]

Запоказниками роботи лікарні її якість в липні була задовільною, оскільки незмінними з попереднім періодом залишилися такі показники, як післяопераційні ускладнення і післяопераційна летальність, кількість посад лікарів не змінилася, а план-ліжко виконано на 92%. Водночас суттєвих нових методик медичної практики за цей період не вводилося.

Щодо оцінювання якості роботи відділень лікарні, то воно має певну специфіку залежно від профілю діяльності. Зокрема встановлені критерії роботи поліклінічного відділення можна згрупувати за такими 6-ма ознаками:

1. Виконання функціональних обов'язків.
2. Якість ведення і оформлення медичної документації.
3. Підвищення кваліфікації.
4. Дотримання норм етики і деонтології, дисципліна праці.
5. Організація та проведення санітарно-освітньої роботи.
6. Дотримання трудового законодавства і вимог охорони праці.

Їх деталізований перелік та шкала оцінювання поліклінічного відділення КНП «ТКМЛ» №2 наведені в табл. 2.4.

Оцінка якості поліклінічного відділення проводилася по 2-бальній системі, де:

- 0 балів: критерій лікарем не виконується;
- 1 бал: виконується частково (не повністю);
- 2 бали: виконується в повному об'ємі.

Варто зазначити, що кадровий склад КНП «ТКМЛ» №2 включає персонал різного профілю, різних спеціалізацій, різної кваліфікації та поділу на адміністративно-управлінський, лікарів сфери Охорони здоров'я, фахівці в з базовою та неповною вищою освітою, молодший медперсонал, спеціалістів не медиків та інший, господарський персонал. Відповідно для кожної такої групи працівників КНП «ТКМЛ» №2 мають бути визначені оціночні критерії якості їх роботи, оскільки лише від спільної і злагодженої їх роботи залежить ефективність діяльності закладу загалом.

Потреба в кадровому забезпеченні КНП «ТКМЛ» №2 визначається виходячи з обсягу надання спеціалізованої допомоги за кожним профілем та видом надання медичної допомоги, нормативу обслуговування ліжко-днів перебування хворого в стаціонарі.

**Критерії оцінки якості роботи лікарів поліклінічного відділення КНП  
«ТКМЛ» №2**

№ п/п	Критерії	Оцінка
	<b>I. Виконання функціональних обов'язків</b>	
1.	Середні терміни лікування	2
2.	Своєчасність і повнота обстеження (згідно стандартів)	2
3.	Правильність і своєчасність встановлення клінічного діагнозу	2
4.	Повнота і якість комплексного виконання	2
5.	Ускладнення проведеного лікування	2
6.	Необгрунтоване тривале перебування хворого на лікуванні	2
7.	Виконання контрольних показників	2
8.	Занедбані випадки захворювань	1
	<b>II. Якість ведення і оформлення медичної документації</b>	
9	Правильне оформлення і ведення амбулаторної карти	2
10	Оформлення іншої медичної документації	2
11	Обгрунтованість і правильність видачі листків непрацездатності	2
	<b>III. Підвищення кваліфікації</b>	
1.	Вчасне проходження передатестаційних курсів, присвоєння. Підтвердження кваліфікаційних категорій	2
2.	Проходження тематичних курсів	2
3.	Своєчасне освоєння і впровадження в практику сучасних методів профілактики, діагностики та лікування хворих	2
4.	Систематична участь у лікарських конференціях з актуальних питань діагностики та лікування	2
5.	Участь у роботі обласних лікарських товариств, конгресах, з'їздах, семінарах	2
	<b>IV. Дотримання норм етики і деонтології, дисципліна праці</b>	
1.	Зовнішній вигляд лікаря та стан робочого місця	2
2.	Раціональне використання робочого часу	2
3.	Дотримання деонтологічних правил	2
4.	Наявність скарг хворих	2
5.	Дотримання режиму економії	2
	<b>V. Організація та проведення санітарно-освітньої роботи</b>	
1.	Вивчення сучасного стану захворюваності по нозологіях	2
2.	Проведення лекцій та бесід з хворими про боротьбу зшкідливими звичками, дотримання санітарно-епідемічного режиму, профілактиці захворювань, пропаганді здорового способу життя	2
	<b>VI. Дотримання трудового законодавства і вимог охорони праці</b>	

**Шкала оцінки роботи лікаря**

<i>Кількість балів</i>	<i>Рівень якості</i>
54	високий
від 40 до 54	задовільний
менше 40	незадовільний

Наведено за оціночними даними КНП «ТКМЛ» №2

На даний час в КНП «ТКМЛ» №2 лікувальний процес забезпечує 230 лікарів і 649 спеціалістів з середньою медичною освітою. Немедичний персонал нараховував 35 осіб (табл. 2.5)

Таблиця 2.5

**Розподіл персоналу КНП «ТКМЛ» №2 за категоріями посад в 2020 році**

Категорія	Кількість штатних одиниць	Посадовий оклад грн	Надбавки (тис.грн.)				Доплати (тис.грн.)	
			за почесні звання к.5	інші надбавки	за вислугу років	за науковий ступень	за шкідливі умови праці	інші доплати
Лікарі галузі Охорона здоров'я	230,00	706 277	4,7,		224,4	15,1		
Фахівці з базовою та неповною вищою освітою ОЗ	428,50	431 691			301,2			
Молодший медперсонал ОЗ	220,50	180 300,					0,6	
Спеціалісти немедики ОЗ	35,00	106 282			2,6			0,6
Інші ОЗ	121,75	158 454		1,8			1,8	
<b>Разом</b>	<b>1 035,75</b>	<b>1 583 006</b>	<b>4,7</b>	<b>1,8</b>	<b>528,3</b>	<b>15,1</b>	<b>2,4</b>	<b>0,6</b>

Примітка. Узагальнено за [83]

Структура персоналу, який залучається до процесу надання медичної допомоги, станом на початок 2020р. за категоріями посад проілюстрована на рис. 2.3.

В загальній чисельності персоналу в 2020р. частка лікарів склала 22,2 %, частка середнього і молодшого персоналу - 62,6%, на долю немедичного та іншого персоналу припадає 11,8% загальної чисельності працюючих.

Співвідношення лікарів та середнього і молодшого персоналу в КНП «ТКМЛ» №2 складає 1:2,8.



Частка адміністративно-управлінського персоналу лікарні в загальній чисельності персоналу складає 3,8%.

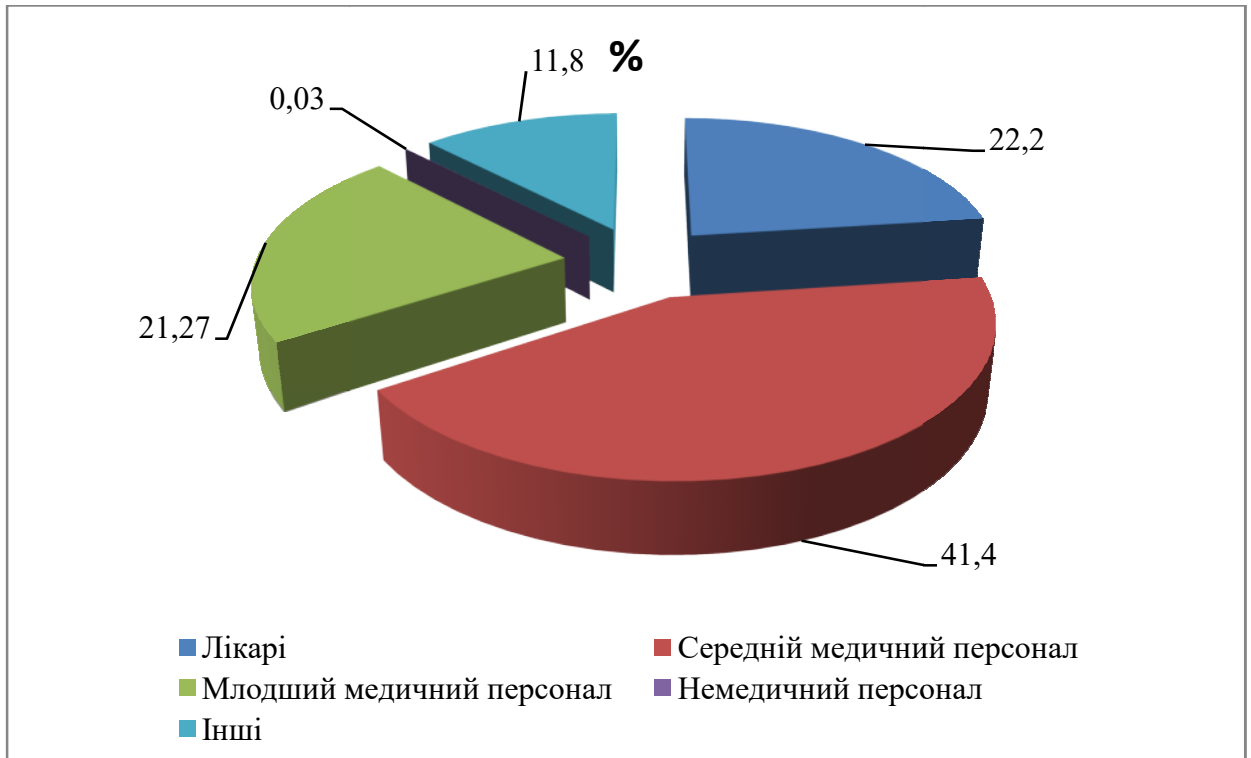


Рис. 2.3. Структура посад за категоріями в КНП «ТКМЛ» №2

Примітка. Складено автором

Для оцінювання роботи середнього та молодшого медичного персоналу в КНП «ТКМЛ» №2 розроблені Стандарти сестринського догляду в розрізі займаних посад: головної медичної сестри, старших медичних сестер та медичних сестер відділень і служб лікарні за спеціалізованими видами роботи: операційної, маніпуляційної, палатної сестри тощо. Оцінка їх діяльності здійснюється за встановленими критеріями, які характеризують зміст виконуваних робіт за ключовими напрямками.

Так, робота старшої медичної сестри лікарні оцінюється з точки зору:

- 1) Дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку;
- 2) Сестринського догляду за хворими;
- 3) Виконання лікарських призначень;
- 4) Дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму в структурному підрозділі;
- 5) Дотримання правил охорони праці та техніки безпеки;
- 6) Дотримання правил деонтології та медичної етики;
- 7) Підвищення

кваліфікації; 8) Якості ведення медичної документації. Перелік критеріїв за кожною групою показників наведено в табл.2.5 та в додатку Б.

Таблиця 2.6

**Стандарти сестринського догляду та критерії оцінки якості роботи старшої медсестри**

№ п/п	Назва критерію	Вища оцінка	Коефіцієнт зниження
<b>1.Дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку</b>		5	
1.1	Своєчасний початок та закінчення трудового дня		-1
1.2	Дотримання дисципліни праці, своєчасне і точне виконання розпоряджень адміністрації		-1
1.3	Утримання в чистоті і порядку свого робочого місця.		-1
1.4	Контроль якості проведення передачі по зміні свого робочого місця , обладнання у справному стані і чистоті молодшим та середнім медперсоналом підрозділу		-1
1.5	Контроль збереження медичного та господарського обладнання, мед інструментарію та медикаментів у відділенні		-1
1.6	Дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку середнім та молодшим медичним персоналом структурного підрозділу та керівництво їх роботою		-1
<b>2.Сестринський догляд за хворими</b>		5	
2.1	Контроль за правилами перебування у стаціонарі хворими та відвідувачами		-1
2.2	Контроль за виконанням протоколів сестринського догляду		-2
2.3	Нагляд за об'єктивним станом хворих, фізіологічними відправленнями , сном. Інформування лікаря про раптові зміни у стані хворого		-2
2.4	Кваліфіковане надання долі карської термінової допомоги при невідкладних станах		-3
<b>3.Виконання лікарських призначень</b>		5	
3.1	Контроль своєчасності і правильності виконання середнім медперсоналом лікарських вказівок та призначень		-3
3.2	Забезпечення систематичного поповнення структурного підрозділу медичним інструментарієм, медикаментами, предметами догляду за хворими, їх облік і контроль за їх зберіганням та використанням		-2
3.3	Своєчасність заявок на ремонт апаратури, що вийшла з ладу		-1
3.4	Контроль за виконанням планових консультацій, лабораторних та інструментальних досліджень		-2
<b>4.Дтримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму в структурному підрозділі</b>		5	
4.1	Контроль за дотриманням належного санітарного стану в приміщеннях структурного підрозділу. Контроль проведення генеральних прибирань		-3
4.2	Контроль за наявністю , використанням, обліком деззасобів		-2
4.3	Контроль за зберіганням продуктів харчування		-2

4.4	Організація та контроль якості харчування хворих		-2
4.5	Контроль дотримання медперсоналом структурного підрозділу правил асептики та антисептики при виконанні маніпуляцій та процедур		-5
4.6	Контроль проведення передстерилізаційної підготовки та стерилізації інструментарію, умов підтримки стерильності відповідно з діючими інструкціями		-3
4.7	Контроль виконання санітарно-гігієнічного догляду за фізично ослабленими та важкохворими пацієнтами		-2
4.8	Організація та виконання протиепідемічних заходів при виявленні інфекційного хворого		-3
<b>5. Дотримання правил охорони праці та техніки безпеки</b>		5	
5.1	Контроль своєчасності проходження медперсоналом підрозділу обов'язкових медичних оглядів		-2
5.2	Контроль за використанням у роботі медперсоналом засобів індивідуального захисту, захисного спецодягу		-3
5.3	Контроль дотримання медперсоналом правил охорони праці, інструкцій з користування медичним та господарським обладнанням та техніки безпеки при роботі з ними		-5
5.4	Контроль дотримання медперсоналом інструкцій по проти-пожежній безпеці, електробезпеці та виробничій санітарії		-5
5.5	Контроль дотримання медперсоналом профілактики професійного зараження гепатитом та ВІЛ-інфекцією		-5
5.6	Проведення інструктажів по охороні праці та техніки безпеки на робочому місці		-5
<b>6. Дотримання правил деонтології та медичної етики</b>		5	
6.1	Контроль дотримання персоналом відповідного зовнішнього вигляду		-1
6.2	Контроль дотримання медперсоналом підрозділів правил деонтології та медичної етики		-3
6.3	Наявність скарг пацієнта		-5
<b>7. Підвищення кваліфікації</b>		5	
7.1	Систематична робота над підвищенням особистої кваліфікації ( участь у роботі сестринських конференцій, семінарських занять, ін.)		-2
7.2	Своєчасне підвищення кваліфікації на курсах удосконалення, проходження атестації		-4
7.3	Контроль виконання планів підвищення кваліфікації середнім та молодшим медперсоналом підрозділу		-3
<b>8. Якість ведення медичної документації</b>		5	
8.1	Своєчасне, чітке згідно вимог ведення поточної та облікової документації		-3
8.2	Своєчасна здача звітної документації		-4
<b>Всього</b>		<b>40</b>	<b>балів</b>

Примітка. Наведено за даними [83]

Контроль дотримання встановлених стандартів проводиться впродовж року та фіксується по кожному місяцю з визначенням динаміки зміни параметрів та причин їх недотримання. Висновки щодо рівня якості праці

медичної сестри є підставою для її стимулювання та підвищення кваліфікаційного рівня.

Проведений аналіз ефективності функціонування системи якості в КНП «ТКМЛ» №2 за її елементами (якість медичної допомоги; ресурсне забезпечення діяльності; залучення персоналу; мотивація та навчання персоналу; відповідність прийнятих рішень отриманим результатам; єдність цілей і напрямів роботи з підвищення якості; процесний підхід до управління), дозволив згрупувати основні причини її незбалансованості. Ними є:

- несистемність перевірок якості медичної послуги за всіма її складовими;

- відсутність програм навчання медичного персоналу з питань управління якістю;

- відсутність дієвої системи моніторингу та діагностування індикаторів якості медичної допомоги;

- відсутність чітких критеріїв мотивації персоналу щодо якості медичного обслуговування;

- невідповідність прийнятих рішень в сфері якості отриманим результатам;

- непрозорість рішень щодо відповідальності персоналу за медичні помилки;

- відсутність дієвих методик експертиз якості медичної послуги;

- запобігання типовим медичним помилкам та дефектам в медичній практиці;

- нерозуміння принципів функціонування системи управління якістю;

- не розробленість процедур самооцінювання і самодіагностування на первинному рівні контролю;

- необхідність забезпечення більш чітких координаційних відносин в системі: лікар-лікар; лікар-медична сестра; медична сестра-медична сестра та між окремими структурними підрозділами і службами в процесі реалізації

завдань підвищення якості надання медичної допомоги та забезпечення ефективності діагностично-лікувального процесу.

## **Висновки до розділу 2**

Проведений аналіз діючої практики внутрішнього контролю якості медичної допомоги в КНП «ТКМЛ» №2 засвідчив, що він здійснюється у відповідності до розробленого Положення про організацію контролю якості за всіма її видами та формами надання як в цілому по лікарні, так і в розрізі кожного структурного підрозділу та кожного медичного працівника.

Переважаючими методами контролю якості, які використовуються в управлінській практиці закладу, є:

щоденний контроль якості діагностичного та лікувального процесу за даними історій хвороби та медичними картками стаціонарних хворих, що проводяться завідуючими відділень ;

постійний контроль за якістю лікувального процесу з боку медичного директора з медичного обслуговування;

здійснення безпосереднього контролю за клінічним станом пацієнтів під час обходів завідувачем відділення;

спостереження за роботою медичного персоналу;

проведення щоденних ранкових нарад та обговорення проблемних питань медичних втручань;

здійснення експертної оцінки якості лікувального процесу в стаціонарі;

огляд пацієнтів, які виписуються;

анкетування пацієнтів та вивчення їх думки про якість наданих медичних послуг, а також потреб і очікувань щодо обсягу медичної допомоги.

Контроль якості як самої медичної допомоги, так і процесу її надання ґрунтується на розроблених та впроваджених КНП стандартах якості роботи лікарського та медсестринського персоналу шляхом відстеження зміни динаміки основних параметрів їхньої роботи.

Основні функції з контролю якості медичної допомоги в КНП «ТКМЛ» №2 покладені на медичного директора з медичного обслуговування населення.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Концептуалізація підходів до побудови раціональної системи контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я з урахуванням вимог міжнародних стандартів якості**

Об'єктивна необхідність удосконалення системи контролю якості медичної допомоги актуалізується в умовах здійснюваних реформ охорони здоров'я, концептом якої є формування ринку медичних послуг, де діяльності кожного ЗОЗ буде визначатися його конкурентними перевагами. Це вимагає розроблення концептуальних засад підвищення ефективності організації контролю надання якісної медичної допомоги, яка б в повній мірі задовольняла наявні потреби та вимоги громадян, була доступною та надавалася б в повному обсязі.

З метою досягнення поставних завдань та мети раціональної організації контролю в закладі охорони здоров'я, його об'єктами в досліджуваному КПН «ТКМЛ»№2 мають стати:

- рівень задоволеності потреб громадян в якісній медичній допомозі у відповідності з обсягом фінансування та можливостями закладу;
- наявний стан забезпечення оптимального ( або бажаного) рівня надання медичної допомоги, включаючи нетрадиційні методи лікування;
- наявність ( та достатність для надання якісної медичної допомоги) протоколів (програм) обстеження, обслуговування, лікування, догляду, профілактики, реабілітації тощо і ступінь їх застосування в процесі лікування кожного пацієнта;
- культура надання медичної допомоги, «організація побуту та взаємовідносини персоналу між собою та пацієнтами»;

- рівень професіоналізму медичних працівників та реалізація набутих знань і умінь на практиці відповідно до посадових вимог.

В організаційному аспекті, удосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги в КПН «ТКМЛ»№2, як важливого управлінського інструментарію, має здійснюватися через послідовність виконання наступних дій:

«встановлення критеріїв (стандартів) якості;  
оцінка відповідності об'єкта контролю прийнятим вимогам і критеріям;  
вироблення системи коригувальних заходів та дій у разі невідповідності прийнятим стандартам;  
планування вдосконалення вимог стандартів» [15;16].

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» пов'язує контроль якості медичних послуг з оцінюванням медичних технологій, а саме з «експертизою медичних технологій щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян узв'язку зіхзастосуванням» [45].

Зважаючи на дану норму, система внутрішнього контролю якості в КПН «ТКМЛ»№2 має вибудовуватися із застосуванням максимально можливого сучасного інструментарію та процедур, вибудованих на принципах постійного (безперервного) удосконалення процесу надання якісної медичної допомоги. З цією метою в КНП має бути розроблена та впроваджена прозора та зрозуміла система контролю та критеріїв оцінювання якості роботи як закладу в цілому, так і кожного його підрозділу та медичного працівника зокрема.

Нормативними актами в сфері охорони здоров'я для організації і проведення належного внутрішнього контролю якості пропонується створення мультидисциплінарної команди, яку очолює керівник ЗОЗ. Завданням такої команди в частині забезпечення якості медичних послуг, має стати робота над:

виробленням чітких підходів до вимірювання якості роботи персоналу;



оцінюванням процесів лікування (діагностування, реабілітації) та їх результативності;

моніторинг індикаторів якості роботи медичного персоналу, в т.ч. адміністративних служб;

розглядом запитів, скарг і претензій споживачів послуг щодо якості наданої медичної послуги та вивченням потреб громадян в послугах;

вивченням динаміки показників якості надання медичної допомоги.

На основі зроблених висновків приймається рішення про мету і завдання внутрішнього аудитування медичної практики. При проведенні контрольних дій найбільш прийнятними вважається використання таких методів:

хронометраж та спостереження - за змістом є: а) безпосереднім спостереженням за процесом надання медичної допомоги в т.ч. консультуванням, оглядом, встановленням діагнозу; б) перевіркою середовища, в якому така допомога надається; в) перевіркою та оцінкою наявних ресурсів за встановленим контрольним переліком, які необхідні для надання якісної медичної допомоги; г) визначенням часових параметрів, витрачених на безпосереднє надання меддопомоги та її очікування;

аналіз і оцінювання застосовується з метою перевірки дотримання встановлених індикаторів якості процесу надання медичної допомоги та отриманого результату, перевірки медичної документації ( медичних карт, правильності призначення лікування, журналів реєстрації та обліку хворих, диспансеризації пацієнтів тощо), аналізування даних щорічних (квартальних місячних) звітів;

бесіда або використання спеціального опитувальника – передбачає опитування пацієнтів та членів його родини, медичного персоналу на предмет визначення рівня задоволеності якістю наданої медичної послуги, їх потреб, скарг, поведінки тощо.

В процесі контролю та оцінюванні якості, на наш погляд, домінуюча роль має належати думці пацієнта-споживача медичних послуг, оскільки

«при його індивідуальній оцінці якості медичних послуг, враховується не тільки професіоналізм медичного персоналу, використовувані медичні технології й інші об'єктивні характеристики та обставини, але й індивідуальні особливості пацієнта, його суб'єктивне сприйняття наданих медичних послуг, увага медичного персоналу, турбота і індивідуальний підхід до пацієнта тощо» [15]. Тому рівень задоволеності пацієнта якістю медичних послуг має бути критерієм, який не тільки дає загальну оцінку роботи медичного персоналу, але й бути основою для вироблення заходів ( в т.ч. коригувальних), спрямованих на поліпшення якості та підвищення ефективності діяльності ЗОЗ.

Найпоширенішим способом вимірювання рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги є опитування їх думки через анкетування. За результатами опитування, рівень задоволеності рекомендується розраховувати за формулою [12]:

$$R = I \times B,$$

де, R – «розрахунковий рівень задоволеності споживачів медичної послуги; I - середнє значення виконання критеріїв або факторів задоволеності, включених в анкету або опитувальний лист споживача, B – середнєзначенняважливості (абоступенявідповідностіочікуванням) для споживача тих самих критеріїв».

У загальному виді процес організації роботи щодо проведення контролю за якістю надання медичної послуги наведений на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Рекомендований процес організації роботи з проведення контролю та оцінювання якості надання медичної допомоги в КПН «ТКМЛ»№2

Примітка. Рекомендовано автором

Основними вимогами опитування є його постійність, відстежуваність результатів у динаміці, формулювання об'єктивних висновків. До використання пропонуються спеціальні стандартизовані опитувальники, щоб можна було відслідковувати закономірності у розвитку проблеми, робити відповідні узагальнення та порівнювати результати на місцевому та національному рівнях. В зарубіжній практиці поширеними опитувальниками є: а) опитувальник задоволеності наданою медичною консультацією «(ConsultationSatisfactionQuestionnaire, CSQ та SSQ)» (дозволяє дати кількісну оцінку задоволеності пацієнта від візиту до конкретного лікаря) б) оцінка загальної практики (сімейної медицини) пацієнтами з хронічними хворобами «(ChronicallyIllPatientsEvaluateGeneralPractice, CEP)» ( поєднує як персональну оцінку конкретного лікаря, так і організаційну складову діяльності ЗОЗ); в) опитувальник для оцінювання загальної практики

«(GeneralPracticeAssessmentQuestionnaire, стара назва GPAS зараз GPAQ)»; г) інструмент EUROPEP (PatientEvaluationsofGeneralPractice); д) опитувальник для удосконалення загальної практики «(ImprovingPracticeQuestionnaire, IPQ)»; е) оцінка надавача медичних послуг (Provider-SpecificSurvey, PSS).

Для української практики опитування найбільш адаптованим є опитувальник EUROPEP. Серед його переваг є те, що «він не прив'язаний до конкретної консультації і дозволяє оцінювати і лікаря, і заклад за останні 12 місяців. Цей опитувальник є стандартизованим інструментом оцінки, переведеним на більшість європейських мов і поширеним у 20 країнах Європи. В деяких країнах він використовується в електронному кабінеті пацієнта. Результати таких стандартизованих опитувань доступні у різних виданнях і їх можна брати для порівняння з опитуваннями, які проводяться серед українських пацієнтів» [80].

Варто зазначити, що в «Україні впровадження зворотного зв'язку тільки починається. Пацієнти до такого механізму спілкування ще не звикли, тому важливо робити опитування анонімним. Втрату анонімності і відповідне зменшення відвертості респондентів варто враховувати при впровадженні анкетування через онлайн-кабінет пацієнта» [82].

Організація та управління зворотнім зв'язком є важливим з точки зору формування інституту громадського контролю якості надання медичної допомоги та впровадження моделі клієнтоорієнтованого підходу в управлінні КПН «ТКМЛ»№2.

Зважаючи на рекомендовані підходи до порядку організації системи контролю якості в ЗОЗ, виписані в чинному законодавстві та нормативно-правових актах, що регулюють питання забезпечення надання якісних медичних послуг, діючу практику його проведення в КНП та стандарти надання медичної допомоги за стандартами ВООЗ, концептуальну модель організування контролю в КНП «ТКМЛ»№2 можемо представити у вигляді, проілюстрованому на рис. 3.3. Її базовими елементами є: діючий та бажаний до використання інструментарій контролювання, сфери (об'єкти) контролю, напрями проведення та випадки (причини) застосування контрольних функцій в управлінні якістю.

Це пов'язано з тим, що медичну практику, часто супроводжують несприятливі або неконтрольовані події, такі як: отримання травми або випадкова смерть, нещасний випадок з пацієнтом чи персоналом; наявність розбіжностей у медикаментозному лікуванні (неправильна доза, зволікання), неправильне призначення медикаментів); поява сторонніх предметів, залишених пацієнті в процесі хірургічних дій; прояв неочікуваних неврологічних розладів; помилковість у встановленні особистості;



Рис. 3.3. Концептуальні підходи до організації внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги в КПН «ТКМЛ»№2

Примітка. Складено автором з використанням [44;37]

виникнення внутрішньолікарняних (нозокоміальних) інфекцій або захворювань; неправильне функціонування важливого медичного обладнання, що завдає травми пацієнту чи персоналу. Критичне аналізування невідповідностей мають виконувати уповноважені працівники для визначення будь-яких тенденцій або схем виникнення відмов, які варті уваги (завідувачі структурних підрозділів, керівники груп аудиту і експертних груп, представник керівництва з якості, заступники керівника, керівник закладу). Особи, які здійснюють критичне аналізування, мають бути достатньо компетентними для оцінювання загального впливу невідповідностей і мати повноваження та ресурси, необхідні для усунення невідповідностей і визначення відповідних коригувальних дій [12].

В цьому випадку актуалізується такий механізм внутрішнього контролю, як самоконтроль надавачами медичної допомоги відповідно до покладених на них повноваженнями та відповідальністю. Принцип самоконтролю ґрунтується на постійному дотриманні встановлених вимог (рекомендацій, інструкцій, наказів, медико-технологічних документів ) у режимі реального часу. У випадках виявлення відхилень у процедурі надання допомоги медичний працівник вносить відповідні корективи у процес лікування, а за необхідності – здійснюються корегувальні заходи за участі провідних фахівців [52].

Самоконтроль надання медичної допомоги проводиться на основі визначених критеріїв її якості, які адаптуються для кожного медичного працівника. Процес самоконтролю здійснюється у певній послідовності з виконанням таких робіт:

ознайомлення з попередньою інформацією про захворювання пацієнта, яка отримується з його медичної картки або попереднього рівня наданої допомоги ( у разі її отримання) та використання її у процесі огляду ;

здійснення клінічного огляду пацієнта за його базовими складовими та своєчасне встановлення попереднього діагнозу;

інформування пацієнта про стан його здоров'я та отримання поінформованої згоди на наступні медичні втручання;

розроблення та виконання плану обстеження і лікування відповідно до вимог використовуваних локальних медико-технологічних документів;

своєчасне встановлення клінічного діагнозу для пацієнта;

моніторинг клінічного стану пацієнта та динаміки патологічного процесу, клінічної ефективності та наслідків дії лікарських препаратів, інших видів лікування;

внесення (при необхідності) корекцій у процес лікування;

належне оформлення виписних документів за змістом і формою;

дотримання правил поведінки під час спілкування з хворим або його представниками;

дотримання нормативної (середньої) тривалості лікування за даною нозологічною формою;

ведення медичної документації відповідно встановленим вимогам».

Пропонована логіка організації та проведення самооцінювання якості процесу надання медичної допомоги наведено на рис. 3.4.

В організаційному аспекті контроль якості надання медичної допомоги спрямовується на досягнення мети шляхом реалізації його функцій та застосування сучасних методів і технічних засобів контролювання на основі встановлених критеріїв якості.





Рис. 3.4. Логічна схема надання медичної допомоги лікарем в процесі здійснення самоконтролю якості в КПН «ТКМЛ» №2

Примітка. Складено автором

Самоконтроль, також, має торкатися і ресурсної компоненти якості, яка спрямована на підтримання лікувально-діагностичного процесу, а саме:

постійного і безперервного професійного навчання, самонавчання і самовдосконалення медичних працівників,

дотримання установлених правил лікувально-охоронного та санітарно-протиепідемічного режиму;

дотримання вимог щодо збереження та раціонального використання медичного обладнання, засобів зв'язку, інших матеріально-технічних ресурсів;

дотримання правил внутрішнього трудового розпорядку.

В системі самоконтролю, передусім, щодо упередження виникнення непередбачуваних ситуацій або ж криз, особливе місце займає моніторинг якості роботи та оцінювання загроз. Такий моніторинг може проводитися періодично або бути постійним, стосуватися конкретних внутрішніх проблемних питань надання медичної допомоги і спрямовуватися на виявлення динаміки захворювання, ускладнень, що виникають, загального процесу лікування та діагностування.

### **3.2. Удосконалення процедури проведення клінічного аудиту в процесі надання медичної допомоги**

Особливою формою контролю якості, яка органічно поєднує внутрішній та зовнішній його аспекти, є проведення клінічного аудиту, який за змістом є формою зворотного зв'язку, і за результатами якого приймаються упереджувальні та корегувальні заходи, які унеможливають зниження результативності та ефективності лікувального процесу та опосередковано сприяють підвищенню професійного розвитку медичного персоналу.

Клінічний аудит є процесом підвищення якості наданої медичної допомоги шляхом проведення систематичних перевірок з використанням сформульованих критеріїв та з подальшим внесенням змін до процесу лікування. Варто зазначити, що процес аудиту прямо пов'язується з оцінкою якості наданої медичної допомоги у відповідності до встановлених у медичному стандарті критеріїв. За останні роки, він отримав широку підтримку з боку як медичних працівників, так і власників та споживачів медичних послуг. Це обумовлено тим, що за допомогою інструментів клінічного аудиту можна відстежити процеси діагностування, лікування та медичного догляду за пацієнтами, ефективність використання наявних ресурсів надання допомоги, наслідки медичних втручань та вплив медичної допомоги на якість життя пацієнта [4]. Як свідчать дослідження [1], спостерігається позитивний вплив аудиту на використання ресурсів ЗОЗ (витрати на утримання ліжкового фонду, обладнання, підвищення професійного рівня персоналу), основні процеси (тривалість лікування та перебування у стаціонарі) та медичні результати (рівень летальності) його діяльності.

Загалом, клінічний аудит, охоплюючи усі аспекти надання медичної допомоги, сьогодні стає невід'ємною складовою клінічного управління.

На відміну від діючої практики клініко-експертної оцінки, спрямованої на виявлення причин невідповідності наданої медичної допомоги

встановленим критеріям, і висновки за якими є підставою для прийняття рішення про дисциплінарні стягнення, то аудит спрямовується на пошук можливостей поліпшення якості роботи та упередження виникнення небажаних наслідків медичних втручань.

Основними завданнями клінічного аудиту є: усесторонній і перехресний аналіз документації з метою відтворення картини перебігу процесу; порівняння даних з еталонними і регулятивними правилами (вимогами); оцінка невідповідностей і розроблення шляхів їх усунення.

В зарубіжній практиці мають місце такі види клінічного аудиту: базовий; перспективний; тематичний; довільна добірка документації; моніторинг небажаних результатів.

Базовий клінічний аудит передбачає використання великої кількості показників, зареєстрованих в клінічних записах та комп'ютерних інформаційних системах. За змістом він не є аудитом, але може використовуватися як перший етап оцінки клінічного процесу і фокусувати найбільш актуальні проблемні питання, пов'язані як з технологіями лікування, так і якістю процесу надання медичної допомоги.

Довільна добірка документації передбачає довільний вибір записів з медичних карт та листів пацієнтів з метою проведення незалежного їх огляду та оцінки колегами. Такий метод використовується в процесі проведення аудиту структури і процесу надання медичної допомоги.

Перспективний клінічний аудит передбачає перевірку наявності в процесі лікування пацієнта, як контрольного переліку усіх процедур, так і додаткових клінічних протоколів, з метою уточнення дій у випадку, коли отримані результати відхилятимуться від встановленої норми чи стандарту. Процес проведення такого аудиту є тривалим і має мінімальну ефективність. Проводиться за вимогою керівництва у випадку спірних питань щодо схем і технологій лікування.

Тематичний клінічний аудит передбачає вибір критичної теми, що викликає певну проблему у наданні медичної допомоги. При виборі теми, що підлягає аудиту, варто дотримуватися певних критеріїв, зокрема:

вона має бути важливою, оскільки призводить до виникнення небажаних результатів лікування або критичних наслідків, або суттєво відрізняється від стандартних процедур надання меддопомоги;

тема має чітко визначена та зрозумілою для спеціалістів, які прийматимуть консенсусне рішення в процесі формулювання висновків з аудиту;

мати реальні можливості для проведення аудиту, тобто бути актуалізованою;

повинні бути ресурси для проведення необхідних змін на основі результатів проведеного аудиту.

Особливою формою тематичного аудиту є моніторинг небажаних результатів медичної практики. Це форма, яка передбачає дослідження всіх небажаних випадків, які мали місце в процесі надання медичної допомоги.

Окрім того, клінічний аудит може проводитися на різних рівнях: локальному; регіональному та державному, а в окремих випадках - міжнародному.

Аудит якості медичної допомоги проводиться також в розрізі структури, процесу та кінцевого результату її надання. В структурному аспекті аудиту підлягають всі ресурси, які залучаються для надання медичної допомоги, а також механізми їх організації. Аудит процесу передбачає оцінку ефективності використання таких ресурсів при наданні меддопомоги. Аудитування кінцевих результатів зорієнтовано на оцінку досягнення поставленої цілі якості наданої допомоги.

На основі висновків перевірки і ретроспективної оцінки елементів структури, процесу та результату лікування визначаються необхідні для підвищення якості зміни та вдосконалення на індивідуальному,

колективному або організаційному рівнях та проводиться подальший моніторинг для підтвердження покращення надання медичної допомоги.

Як і будь-яка діяльність, клінічний аудит побудований на загальноприйнятих принципах його проведення, зокрема: 1) розпочинається в межах конкретного медичного закладу; 2) для проведення використовуються наявні (фактичні) дані; 3) конфіденційний характер аудиту; 4) результати клінічного аудиту не передбачають покарання та обвинувачення працівника. Навпаки, висновки клінічного аудиту є підставою для перегляду медичними працівниками власної ролі у забезпеченні якості медичного обслуговування, дозволяють звіряння власну роботу з узгодженими стандартами, побудованими на доказових фактах.

Відповідно до затверджених методичних рекомендації [35], клінічний аудит спеціалізованої медичної допомоги здійснюється в такій послідовності:

по-перше, ЗОЗ проводиться самооцінка щодо наявності і характеристики умов для надання спеціалізованої медичної допомоги та показників діяльності. Для цього в закладі за наказом керівника формується спеціальна комісія, яка у 2-хтижневий термін здійснює оцінку відповідно до встановлених індикаторів оцінювання умов надання такої допомоги належної якості. Основним завданням самооцінки є констатація стану і можливості надання медичної допомоги встановленого рівня;

по-друге, спеціальною комісією, створеною місцевими органами управління охороною здоров'я, здійснюється перевірка об'єктивності наданих характеристик за встановленим та затвердженим графіком. Основним завданням перевірки є переконання у достовірності представлених даних, які були отримані в результаті самооцінювання роботи закладу;

по-третє, здійснюється підготовка плану перспективного розвитку медичного закладу, виходячи з наявних потреб і вимог громадськості;

по-четверте, проводиться позачерговий аудит без попередження. За рішенням Міністерства охорони здоров'я України і здійснюється комісією, до складу якої входять представники міністерства та регіональних органів

управління охороною здоров'я в присутності керівника медичного закладу, в якому проводився аудит.

Очікуваним результатом проведення клінічного аудиту є розроблення плану перспективного розвитку медичного закладу.

На рівні медичного закладу клінічний аудит проводиться за такими п'ятьма етапами: 1) організаційна підготовка до аудиту; 2) вибір критеріїв для оцінювання; 3) вибір методик та оцінювання показників діяльності медичного закладу; 4) підготовка висновків, формування звіту за результатами аудиту, надання рекомендацій; 5) впровадження та підтримка покращень. Зміст етапів проведення клінічного аудиту наведено на рис. 3.5.

В основу процедури клінічного аудиту закладаються результати самооцінки діяльності медичного закладу. Самооцінювання медичного закладу варто проводити за системою показників, які дають узагальнену характеристику якості медичної практики, передусім, лікувального процесу, його ефективності і результативності; стану ресурсів та рівня їх використання; ступеню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням.

Зазначене реалізується шляхом: проведення експертизи власне процесу надання медичної допомоги конкретним пацієнтам та її організації; вивчення рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги; розрахунку і аналізу показників якості та ефективності медичної допомоги, їх відповідністю встановленим критеріям якості; виявлення та обґрунтування лікарських помилок (дефектів), інших факторів, які обумовлюють зниження ефективності і якості медичної допомоги.

Обов'язковою вимогою проведеного аудиту є підготовка звіту, в рамках якого робляться відповідні висновки за результатами аудитування та надаються рекомендації щодо усунення виявлених проблем та необхідного плану дій. Важливим елементом такого звіту є висвітлення дискусій, які виникали щодо результативності роботи та правильності процесу надання медичної допомоги, сильних і слабких використовуваних процедур тощо.

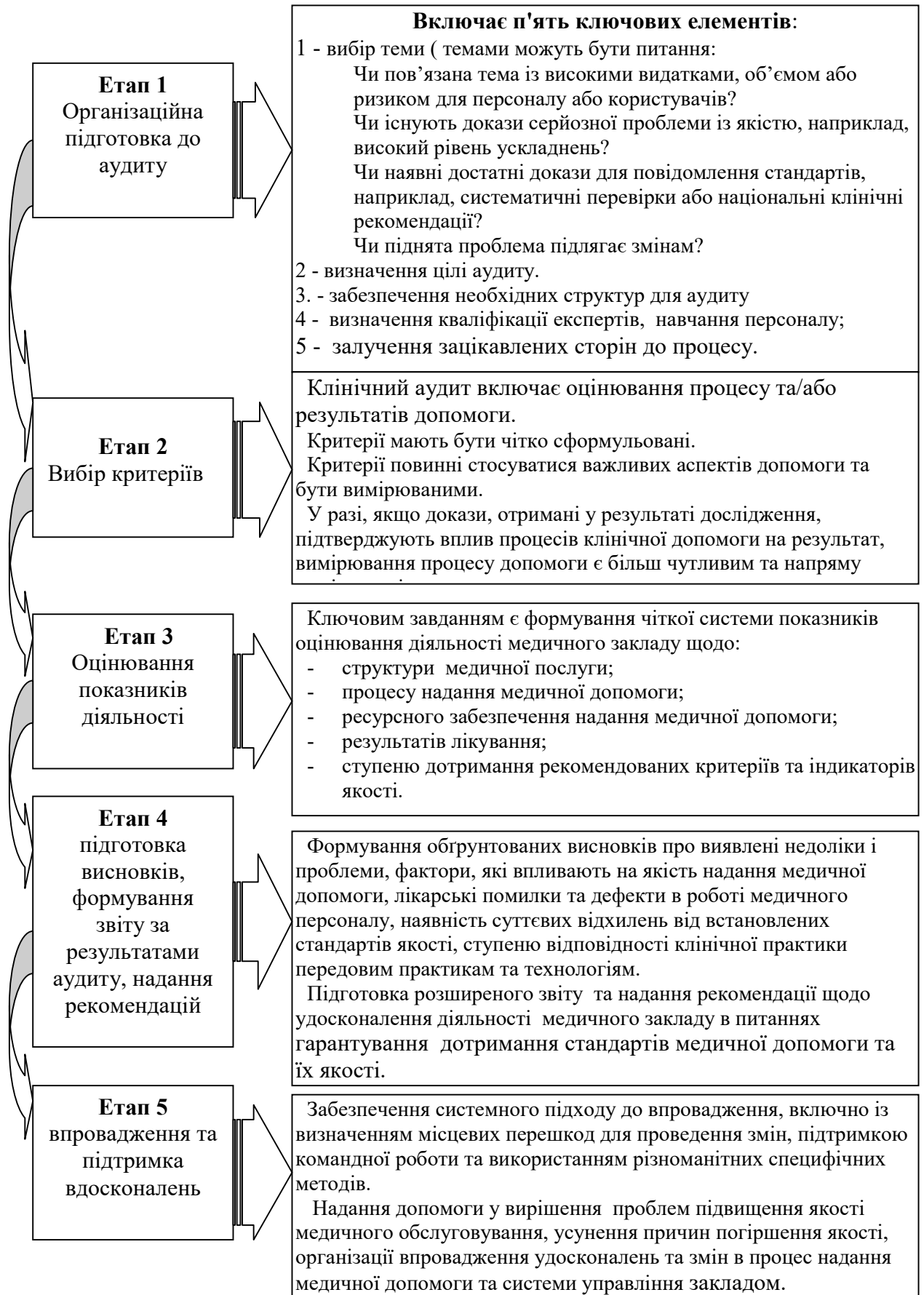


Рис.3.5. Етапи проведення клінічного аудиту в КПН «ТКМЛ»№2

Примітка. Складено автором



Як стверджують фахівці, [4] «у системі управління якістю медичної допомоги застосування аудиту є формою зворотного зв'язку, яка опосередковано сприяє професійному розвитку персоналу». Використання клінічного аудиту у багатьох країнах є обов'язковим для лікарів усіх спеціальностей.

Узагальнюючи потенційні переваги використання клінічного аудиту в практиці управління якістю в зарубіжних та вітчизняних ЗОЗ для досліджуваного КПН «ТКМЛ»№2, вони згруповані і проілюстровані на рис. 3.6.



Рис. 3.6. Можливі переваги впровадження клінічного аудиту в практику роботи КПН «ТКМЛ»№2

Примітка. Згруповано автором за [4;1]

Водночас необхідно зазначити, що впровадження клінічного аудиту буде доцільним в умовах, коли організаційне середовище ЗОЗ, його стейкхолдери та безпосереднє керівництво буде демонструвати всебічну підтримку та сприяння, а залучені до аудиту фахівці будуть адекватно підготовленими. Спеціалісти в сфері аудиту зазначають, що «у випадку, коли методика аудиту погано розуміється або організаційне середовище не надає йому підтримки, шанси проведення успішного клінічного аудиту суттєво зменшуються. Наразі ж потрібно докласти багато зусиль для формування культури як окремих закладів охорони здоров'я, так і медичної корпорації в цілому щодо сучасних методів управління якістю медичної допомоги» [4]

Таким чином, забезпечення комплексності системи контролю якості надання медичної допомоги в КНП, що передбачає поєднання елементів внутрішнього і зовнішнього контролю з наданням пріоритетів в оцінювання якості з боку громадян, дозволить підвищити рівень їх задоволеності та забезпечить ефективну діяльність ЗОЗ в цілому.

### **Висновки до розділу 3**

Отже, підсумовуючи вищевикладене, можемо зробити висновок, що ефективність системи контролю за якістю надання медичної послуги загалом, залежить від низки чинників, а саме:

своєчасності, об'єктивності та повноти інформації про: динаміку і перебіг лікування пацієнтів; порівняння фактичних результатів з попереднім періодом; аналітичні оцінки показників результативності та невідповідностей в наданні медичної допомоги, з подальшим прийняттям управлінських рішень;

знань і умінь медичних працівників: порядку контролю якості; санітарно-гігієнічних нормативів та правил виробничої безпеки; власних посадових інструкцій; положень про роботу медичного закладу і відділень; правил оформлення та ведення медичних документів; регламенту роботи закладу.

відповідності виконуваних робіт прийнятим стандартам якості медичної допомоги (протоколам лікування) відповідно до профілю роботи;

знання технологічних стандартів роботи середнім медичним персоналом;

дотримання та забезпечення норм: інфекційної безпеки; санітарно-епідеміологічного стану; охорони праці та безпеки;

наявності затвердженого порядку контролю якості медичної допомоги.

Зважаючи на результати проведених теоретичних та методичних аспектів організації контролю якості надання медичної допомоги та діючу практику використання їх інструментарію в діяльності ЗОЗ, а також зарубіжних підходів в організації такого контролю, вважаємо, що в сучасних умовах посилюється значення тих її механізмів, як:

самоконтроль і самооцінювання якості надання медичної допомоги;

моніторинг дотримання встановлених індикаторів якості медичної допомоги та процесу її надання;

забезпечення зворотного зв'язку з пацієнтами (громадськістю) щодо виявлення рівня їх задоволеності отриманою медичною допомогою.

використання практики клінічного аудитування, як допоміжного і упереджуючого засобу, який унеможливить зниження результативності та ефективності лікувального процесу та опосередковано сприятиме підвищенню професійного розвитку медичного персоналу.

В цьому контексті концептуальними підходами у побудові ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги в КПН «ТКМЛ»№2 має стати забезпечення її прозорості, інноваційності, безперервності та актуальності, яка має вибудовуватися з якнайширшим використанням такого базового її інструменту, як само оцінювання з урахуванням думки і оцінки пацієнтів та інших стейкхолдерів.

## ВИСНОВКИ

Проведені теоретичні та практичні дослідження проблем організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я дозволяють нам зробити наступні висновки та узагальнення.

Контроль якості надання медичної допомоги є важливою складовою загальної системи управління закладом охорони здоров'я і спрямовується на перевірку дотримання вимог медичних стандартів, виявлення відхилень в лікувально-діагностичному процесі, прийняття невідкладних управлінських рішень щодо усунення причин, які впливають на якість як самого процесу лікування, так і не уможливлення виникнення несприятливих ситуацій та дефектів медичної допомоги.

Об'єктами контролю в питаннях підвищення якості медичної допомоги закладі охорони здоров'я, є:

- рівень задоволеності потреби громадян в медичній допомозі у відповідності з обсягом фінансування та можливостями закладу;
- стан забезпечення оптимального надання медичної допомоги, включаючи нетрадиційні методи лікування;
- наявність протоколів (програм) обстеження, лікування, догляду, обслуговування, профілактики та інше і рівень їх застосування по відношенню до кожного пацієнта
- культура надання медичної допомоги, організація побуту та взаємовідносини персоналу між собою та пацієнтами;
- рівень професіоналізму медичних кадрів та реалізація на практиці знань і умінь у відповідності з посадовими вимогами.

Контролювання якості надання медичної допомоги та діагностично-лікувального процесу традиційно здійснюється за такими формами:

щоденний контроль якості діагностичного та лікувального процесу за даними історій хвороби, що проводяться керівництвом закладу;

постійний контроль за якістю лікувального процесу з боку середньої ланки керівництва;

метод безпосереднього контролю за роботою лікарів;  
експертна оцінки якості лікувального процесу;  
опитування пацієнтів рівнем задоволеності якістю меддопомоги;  
клініко- економічний аналіз.

Системний аналіз діючої практики контролю якості надання медичної допомоги в КПН «ТКМЛ»№2 засвідчив наявність таких проблемних аспектів в його організації:

принципово застаріла та однотипна система організації контролю якості, яка базується на застарілій нормативно-правовій базі;

недостатність знань сучасних технік і методик контролювання якості та принципів управління якістю у більшості керівництва медичних закладів;

відсутність чітких процедур, методик та алгоритмів його проведення;

відсутність мотивації медичного персоналу до економічно ефективної та якісної роботи;

багаторічна суспільна культура «пошуку винних» виконавців як форма «боротьби за якість»;

відсутність галузевої системи реєстрації небажаних наслідків медичних втручань і медичних помилок

Зважаючи на проведені в попередніх розділах роботи теоретичні дослідження механізмів контролювання якості медичних послуг та діючу практику їх використання в діяльності закладів охорони здоров'я, а також рекомендації вчених щодо організації такого контролю, вважаємо, що в медичній практиці КПН «ТКМЛ»№2 перевага у застосуванні має надаватися таким методам контролю:

1) здійснення регулярного самоконтролю і самооцінювання якості надання медичних послуг (медичної допомоги);

2) постійний моніторинг дотримання індикаторів якості медичних послуг та процесу їх надання;

3) впровадження елементів зворотного зв'язку з пацієнтами з метою виявлення рівня задоволеності споживачів медичної послуги;

4) широкого використання практики клінічного аудитування, як допоміжного і упереджуючого засобу, який унеможливить зниження результативності та ефективності лікувального процесу та опосередковано сприятиме підвищенню професійного розвитку медичного персоналу.

Самоконтроль в процесі надання медичних послуг має базуватися на встановлених критеріях її якості, адаптованих для кожного лікаря і медичного працівника, і здійснюється за такими видами робіт і в наступній послідовності:

ознайомлення з інформацією про пацієнта, отриманої з попереднього рівня надання допомоги (у разі її отримання) та використання її в процесі огляду;

проведення клінічного огляду хворого за його складовими та своєчасність встановлення попереднього діагнозу;

інформування пацієнта про стан його здоров'я та отримання поінформованої згоди на наступні медичні втручання;

розроблення та виконання плану обстеження і лікування відповідно до вимог використовуваних локальних медико-технологічних документів;

своєчасне встановлення клінічного діагнозу для пацієнта;

моніторинг клінічного стану пацієнта та динаміки патологічного процесу, клінічної ефективності та наслідків дії лікарських препаратів, інших видів лікування;

внесення (при необхідності) корекцій у процес лікування;

належне оформлення виписних документів за змістом і формою;

дотримання правил поведінки під час спілкування з хворим або його представниками;

дотримання нормативної (середньої) тривалості лікування за даною нозологічною формою;

ведення медичної документації відповідно встановленим вимогам.

В процесі здійснення внутрішнього (персонального) моніторингу якості лікарем варто зосередитися на дослідженні і аналізі:

дотримання критеріїв якості надання медичних послуг у відповідності до встановлених вимог локальних стандартів;

впроваджуваних нових медичних технологій та внесених змін в лікувальний процес, що впливають на якість;

причин виникнення несприятливих результатів медичного втручання (медичної допомоги),

раціонального використання ресурсів в процесі надання послуги;

рівня задоволеності пацієнтів та обґрунтованих скарг пацієнтів;

вивченні думки пацієнтів про якість медичних послуг.

З метою покращення якості надання медичних послуг доцільним є запровадження зворотного зв'язку від пацієнтів та врахування думки споживачів медичних послуг на засадах patientfeedback, який можна зреалізувати шляхом:

створення у відділенні (кабінеті) куточку зворотного зв'язку, роздрукувати опитувальники та встановити спеціальну “поштову скриньку” для заповнених анкет. Обов'язковим є інформування пацієнтів лікарем про можливість залишити свій відгук;

якщо у кабінеті працює власний call-центр – можна організувати телефонні опитування;

використання електронних інструментів для проведення опитування - е-мейл пацієнтів, власний сайт.

Для організування такого зв'язку важливо визначити, хто буде його здійснювати, а потім аналізуватиме результати опитування.

В цьому контексті концептуальними підходами у побудові ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги в КПН «ТКМЛ»№2 має стати забезпечення її прозорості, інноваційності, безперервності та актуальності, яка має вибудовуватися з якнайширшим використанням такого базового її інструменту, як само оцінювання з урахуванням думки і оцінки пацієнтів та інших стейкхолдерів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Багдасарян В. Є., Богомаз В. М. Вступ до клінічного аудиту. *Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю* / за заг. ред. О. М. Новічкової, Г. Росс. К.: Представництво Європейської Комісії в Україні, 2009. С. 21–30.
2. Бардаш С.В. Економічний контроль в Україні: системний підхід: монографія . К.: КНТЕУ, 2010. 656 с.
3. Берназ-Лукавецька О. Медичні послуги в Україні. URL: <https://jurist-blog.com.ua/medichni-poslugi.html>.
4. Богомаз В.М. Впровадження клінічного аудиту в закладах охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. № 2 (14). 2010. С. 108-115.
5. Бондар Т. Л. Внутрішній контроль якості продукції та витрат на її забезпечення . *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 4. С. 92-98.
6. Відповідальність медичних працівників. Лист Мін'юсту України від 20.06.2011. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/n0040323-11>.
7. Внутрішній контроль якості URL: <http://www.auditco.com.ua/internal-quality-control>.
8. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Горачук В. В. Самооцінювання як складова підготовки системи управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я до сертифікації на відповідність ДСТУ ISO 9001:2009. *Український медичний часопис*. 2014. № 2. С. 36 - 39.
9. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью URL: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>).
10. Глуховський В.В. Застосування сучасних стандартів з прав пацієнтів в якості індикаторів зовнішнього та внутрішнього контролю в



системі акредитації медичних закладів. *Клінічна фармація. Фармакотерапія та медична стандартизація*. 2009. №3 С. 22-25.

11. Гойда Н.Г. Державна політика щодо питань забезпечення якості в системі охорони здоров'я. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2009. №3 С. 14-16.

12. Горачук В., Карета О. Досвід проектування та реалізації процесів управління в системі якості медичної допомоги. *Зб. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*. К., 2014. Вип. 33. Кн. 1. С. 385-392.

13. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. В.В. Горачук . Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012.

14. Гришин В.В., Кисельов А.А., Кардашев В.Л. Контроль якості подання медичної допомоги у умовах медичного страхування провідних країн світу. М., 2005 р., 62с.

15. Дубінський С.В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. URL: <https://eurodev.duan.edu.ua/images/PDF/2016/1/6.pdf>.

16. Дяченка В. Г., Капітоненко Н.А., Пудовкіна Н.А., Потилицина Л.К. Система контролю за якістю медичної допомоги. *Медичне страхування*. 2006 р., № 1-2 (13-14).

17. Желюк Т.Л. Аудит і оцінювання управлінської діяльності: навч. посібник. Тернопіль. КРОК.2015. 252с.

18. Заков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги». *Охорона здоров'я України* . 2007. № 3–4. С. 54–59.

19. Звіт ВООЗ та Світового банку щодо ефективності трансформації охорони здоров'я. URL: <https://www.umj.com.ua/article/170478/zvit-vooz-ta-svitovogo-banku-shhodo-efektivnosti-transformatsiyi-ohoroni-zdorov-ya>.

20. Калашнік, І.І. Контроль та управління якістю продукції на промислових підприємствах. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2009. № 1. С.53-57.

21. Касянчук В. В., Бергілевич О. М., Сміянова О. І. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях за iso 9001:2015 . Навчальний посібник. Суми : Сумський державний університет, 2019. – 246 с.
22. Кондратенко Т. Медичні послуги: хто замовляє, той і платить. URL: <https://ibuhgalter.net/material/416/9005>.
23. Конти Т. Самооценка в организациях / Т. Конти / Пер. с англ. М.: РИА Стандарты и качество, 2000. 328 с.
24. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454.
25. Лехан В. Зюков О. Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги . *Україна. Здоров'я нації*. 2009. № 1- 2. С. 71 – 73.
26. Лехан В. М. Вплив запровадження системи менеджменту якості згідно зі стандартами серії ISO на якість медичних втручань у стаціонарі. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 4. С. 78 – 83.
27. Лехан В.М., Слабкий. Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/11795>
28. Лісовська Л.С. Вплив контролю якості продукції на її конкурентоспроможність. URL: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/9165/1/17.pdf>
29. ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ впровадження господарської діяльності з медичної практики. Постанова КМУ від 02.03.2016р. № 285 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>.
30. Мартинюк О.А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах . *Причорноморські економічні студії*. Випуск 6. 2016. С.75-80.
31. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751.

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

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

34. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я». К., 2012. 23 с.

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

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

37. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я. Колективна монографія. За ред. д.е.н. проф. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль. Крок. 2020. 560с.

38. Монастирський Г.Л., Попович Т.М. Антикризове управління: Навчальний посібник. Тернопіль. КРОК. 2015.179с

39. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>.

40. Москаленко В. Ф., Галієнко Л. І., Грузєва Т. С. Удосконалення якості медичної допомоги як передумова реалізації права на здоров'я та його охорону. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. Спеціальний випуск.* 2012. С. 75 -77.

41. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020pp. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.
42. Новіков В. Діагностичне самооцінювання як невід'ємний елемент сучасної системи управління. *Стандартизація. Сертифікація. Якість*. 2011. №2. С. 38–40.
43. Організаційна модель управління та контролю якості медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 лютого 2010 року N 163 URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/>.
44. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації). Київ. 2014. 31с. URL: [https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky\\_zoz.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky_zoz.pdf).
45. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України зі змінами від 30.03.2020. № 540-IX. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
46. Оцінка медичної сфери URL: [http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka\\_medicinskoj\\_sfery.html](http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoj_sfery.html).
47. Положення про клініко-експертні комісії. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>.
48. Положення про медичну раду закладу охорони здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0287-16#n4>.
49. Попова Н.В. Контроль якості та безпеки продукції галузі: Курс лекцій / Попова Н.В.— К.: НУХТ, 2012. — 176 с.
50. Попович Т. Механізм підвищення якості системи управління закладом охорони здоров'я в умовах його автономізації. Зб. доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Тернопіль. ТНЕУ. С.260-263.
51. Попович Т.М. Управління якістю: навч. посібник. Тернопіль, КРОК, 2013. 320с.

52. Порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>.

53. Порядок надання первинної медичної допомоги. Наказ МОЗ України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>.

54. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. Постанова КМУ від 05.02. 2020 р. № 65. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#n21>.

55. Проект наказу МОЗ України " Про заходи, спрямовані на підвищення рівня контролю якості медичної допомоги" URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>.

56. Посібник з управління лікарнею для керівників лікарень. Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 48с. URL: [http://www.eushc.com.ua/catalogs/4/54/94/412/book5\\_manual\\_for\\_medical\\_managers.pdf](http://www.eushc.com.ua/catalogs/4/54/94/412/book5_manual_for_medical_managers.pdf).

57. Приоритеты в области здравоохранения. Международный банк реконструкции и развития. Всемирный банк. 2006. 232 с.

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

59. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>.

60. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України зі змінами від 04,03,2020р. № 524-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

61. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>.

62. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504.
63. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування. Наказ МОЗ України від 05.02.2016. № 69. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>.
64. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012р. №75. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>.
65. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 зі змінами від 26.09.2018 № 1752. URL: <https://egolovlikar.mcfr.ua/npd-doc?npmid=94&npid=46156&anchor=#>.
66. Про управління якістю медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>.
67. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю: Проект ЄС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні". Представництво Європейської Комісії в Україні.. Київ,2009.44 с.
68. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю: Проект ЄС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні" // Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ,2009. 44 с.
69. Степаненко А. Контроль якості медичної допомоги в Україні. 2017. URL: <https://www.vz.kiev.ua/kontrol-yakosti-medychnoyi-dopomogy-v-ukrayini-golyj-korol/>.
70. Тітов Г.І. Удосконалення якості медичної допомоги як складова підвищення ефективності діяльності медичних закладів. *Запорозж. мед.журнал*. 2005. № 6 (33). С. 65-68.

71. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. URL:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-s](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-s)

72. Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України (методичні рекомендації). Київ. 2012. URL: <https://dec.gov.ua/mtd/home/>.

73. Устінов О.В. Стандарт надання адміністративної послуги з ліцензування медичної практики URL: <http://www.umj.com.ua/article/14530/>.

74. Шкільняк М.М. Вектори модернізації менеджменту закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи». Тернопіль. ТНЕУ, 2018. С.332-337.

75. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент: навчальний посібник. Тернопіль. Крок, 2017. 351с.

76. Шпак І.В. Експертиза якості медичної допомоги / І.В. Шпак // *Клінічна фармація. Фармакотерапія та медична стандартизація*. 2009. №3 С.8 – 14.

77. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження. За ред. І. Семененко. К.: Поліграф плюс, 2015. 192 с.

78. ISO 9001:2015. «Системи управління якістю. Вимоги».

79. Donabedian, A. *Methods for Deriving Criteria for Assessing the Quality of Care* / A. Donabedian // *Medical Care Review*, 1980. – P. 653–698.

80. *Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals — Volume, Mortality and Utilization* (2007) Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Health and Human Services, Version 3.1: [http://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi\\_guide\\_v31.pdf](http://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf).

81. <https://nszu.gov.ua/> - офіційний сайт Національної служби охорони здоров'я України.

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

83. <https://www.tkml2.te.ua/> - офіційний сайт Комунального некомерційного підприємства Тернопільська комунальна міська лікарня №2.



## **ДОДАТКИ**