ТЕМА: НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я

Студент групи МЗОЗзмі-21

Онуфрик Ольга Василівна

Науковий керівник: к.е.н., доцент Синиця С.М.

**ЗМІСТ**

ВСТУП…………………………………………………………………………..3

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ………………………..… 7

1.1.Концептуальні методи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я…………………………………………………………………….7

1.2 Індекс медичної якості……………………………………………………15

1.3 Трансформація механізму управління якістю медичних та оздоровчих закладів………………………………………………………………….……..……30

Висновки розділу 1……………………………………………………………36

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ЯКОСТІ ПОСЛУГ, ЩО НАДАЮТЬСЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ …………………………….………………………………………..38

2.1.Аналіз показників якості медичних послуг України..........................38

2.2 Оцінка показників якості медичного обслуговування України, зокрема рівень інфекційних захворювань, пов’язаних з наданням медичної допомоги……………………………………………………………………………44

2.3. Зміна динаміки якості обслуговування закладів охорони здоров’я України на тлі пандемії COVID-19………..………………………………………51

Висновки розділу 2 …………….…………………………………………… 56

РОЗДІЛ 3 ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У ЛІКУВАЛЬНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАКЛАДАХ .................................................... 58

3.1.Формування сучасної системи управління якістю у сфері охорони здоров’я України……………………………………………………………………58

3.2 Застосування комплексу методів та інструментів для підвищення якості надання медичної допомоги………………………………………..………64

3.3.Клінічний аудит у системі менеджменту якості медичної допомоги ..73

Висновки розділу 3……………………………...…………………………… 77

ВИСНОВКИ…………………………………………………………………...79

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ………………………………..82

**ВСТУП**

**Актуальність тематики дослідження**. Сьогодні країна переживає непростий процес реформування та модернізації зв’язків з громадськістю, зокрема охорони здоров’я. Тому збереження та зміцнення здоров’я населення є глобальним стратегічним інтересом нашої країни. Здоров’я в усіх аспектах є головною рушійною силою суспільного прогресу. Реформування та модернізація вітчизняної охорони здоров'я спрямовані на організацію та оптимальну роботу галузі. Проте концептуальні положення реформ досі не повністю підкріплені методологічними установками та науково-обґрунтованими засадами, а реальні заходи, спрямовані на досягнення кінцевого результату, самі по собі недостатні.

Слід зазначити, що модернізація системи якості в медичній сфері та необдумана організація та відсутність системності методів негативно позначаються на ефективності її діяльності. Сьогодні чітко спостерігається позасистемний підхід до реформування охорони здоров’я. Сучасна медична система ще не має достатнього набору конкретних соціальних норм і стандартів, не орієнтується на політичні, економічні, ідеологічні та ціннісні характеристики сучасного суспільства, тому не може бути повністю інтегрована в його структуру.

**Аналіз останніх досліджень та публікації**. Визначення мети охорони здоров’я дозволяє впливати на якість управлінських рішень, у тому числі на надання медичних послуг. При цьому цілі соціальної значущості постійно трансформуються у внутрішні цілі самої системи, що призводить до «бюрократизації» системи і починає працювати на своє ім’я і від свого імені.

Зараз багато дослідників вивчають питання системи охорони здоров’я в рамках ефективного національного управління якістю медичних послуг. До них належать Н. Авраменко, Н. Алексєєв, М. Білінська, Н. Борисов, Л. Бондарева, С. Вовк, П. Герасимов, Д. Карамішев, В І. Ковальов, Н. Кризіна,. Лехан, J. Radisha, Ю. Бєляєв та ін.

Теоретичні, методологічні та практичні питання дослідження та забезпечення якості в організаціях, у тому числі якості охорони здоров’я та медичних послуг у сфері охорони здоров’я, досліджуються у наукових працях В. Гойда З. Гладун, , В. Горачук. , Л. Жаліло, Н. Кривокульська, Д. Карамішев, Я. Крисько, В. Лехан, Н. Мачуга, В. Рудий, В. Лозова, А. Нагорна, Т. Попович, М. Шкільняк Ю. Вороненко, та інші автори. Проте в умовах сучасної медичної реформи питання управління якістю медичних послуг медичних закладів потребують більш детального, всебічного та критичного дослідження, а також концептуалізації методів управління якістю медичних послуг цих закладів.

Це допоможе закладам охорони здоров’я працювати ефективніше та ефективно управляти якістю медичних послуг у таких закладах, що зробить їх конкурентоспроможним суб’єктом на ринку. Хоча люди мають значний інтерес до якості медичних послуг та управління цією якістю, слід зазначити, що в контексті реформування охорони здоров’я розвиток концепцій і методів управління якістю медичних послуг ще не вивчений.

**Метою** магістерської роботи є вивчення та узагальнення наукових ідей щодо підвищення якості медичних послуг в умовах реформування медичної системи України.

Для досягнення цієї мети були виконані наступні **завдання:**

Визначено концептуальні принципи, які регулюють якість медичних послуг у медичних закладах;

Характеристика медичних показників якості;

Визначити механізм трансформації управління якістю послуг медичних закладів;

Аналіз показників якості українських медичних послуг;

Оцінити рівень інфекційних захворювань, пов’язаних з наданням медичних послуг, як один із показників якості медичних послуг в Україні;

В умовах пандемії COVID-19 динамічні характеристики зміни якості обслуговування закладів охорони здоров’я України;

Визначити напрямки для створення сучасної системи управління якістю в українській галузі охорони здоров’я;

Продемонструвати використання комплексу методів та засобів для підвищення якості медичної допомоги;

Підтверджено застосування клінічного аудиту в системі управління якістю медичної допомоги та визначено механізм його реалізації.

**Об'єктом дослідження** є механізм і порядок контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

**Предметом дослідження** є теоретичні та практичні методи та методи організації систем контролю якості медичної допомоги в умовах медичної реформи та пандемії COVID-19.

**Методи дослідження**. Для вирішення поставлених завдань використовуються загальнонаукові та спеціальні методи дослідження. Зокрема, використання методів системного аналізу (при розгляді питання формування системи контролю якості); факторного аналізу (виявлення домінуючих факторів, що впливають на побудову та впровадження системи контролю якості); логічного підсумку (визначення сутності, показників та основних характеристика якості послуги та процесу її надання, прийоми та методи контролю якості); статистичні методи контролю якості (виявлення причин відхилень і помилок у процесі надання послуг); соціологічні опитування (визначення думок споживачів послуг та їх врахування в практиці надання послуг в організації);Графічний метод.

**Теоретичною та інформаційною** основою дослідження є дослідження з контролю якості вчених у країні та за кордоном, законодавчі та нормативні акти України, міжнародні стандарти серії ISO 9000, практичні матеріали науково-дослідних установ.

**Наукова новизна** отриманих результатів полягає насамперед у тому, що магістерська робота містить спробу науково підтвердити напрямок підвищення якості обслуговування медичних закладів. Зокрема, створено модель управління якістю медицини на основі внутрішнього аудиту.

**Практична значимість** результатів даного дослідження полягає у наданні практичних пропозицій щодо вдосконалення системи контролю якості медичної допомоги медичних закладів шляхом формулювання концепції та методів її побудови, реалізації елементів самоконтролю медичного персоналу, розробки алгоритмів клінічного аудиту. .

Визнання результатів магістерської наукової роботи. Основні висновки та положення магістерської роботи опубліковані в окремих видах наукової діяльності.

**Структура та обсяг роботи**. Магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку з 69 назв та додатка. Робота містить 5 таблиць і 10 рисунків.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ**

**1.1.Концептуальні методи управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я**

У літературних джерелах [1] концептуалізація розглядається як «забезпечення основної теоретичної форми організації теорії матеріалу; як концептуальна діаграма, що показує можливі тенденції; як організувати розумову роботу так, щоб можна було перейти від матеріалів і основних теоретичних понять до більш абстрактних». Структури, ці структури є основою для побудови карти бачення реальної частини дослідження»

Концептуальне бачення розроблено як «концептуальний план», щоб визначити можливі тенденції зміни «медичної допомоги», ознаки змін медичної допомоги, а також допомогти службам охорони здоров’я визначити управління правами власності на заклади охорони здоров’я в загальних галузях економіки. Тобто, насамперед, розробити концептуальну основу управління, яку захищають медичні служби закладів, щоб захистити їх від належності закладів до державного сектору економіки. Це означає, що охорона здоров’я не несе відповідальності за медичні послуги, що надаються суспільством, та їх якість, оскільки це організація, яка надає державні послуги.

Державний сектор економіки можна охарактеризувати, знайшовши функції, які він виконує. Реагувати на функціональні методи державного сектору, охоплюючи всі організації у сферах державного управління, соціального забезпечення, правопорядку, освіти, охорони, соціально-культурного обслуговування, незалежно від джерел їх фінансування, організаційно-правових форм. З цією метою організоване поєднання в процесі залучення власності, контролю, фінансування та відновлення інституційного середовища [7].

Загалом у світовій практиці сформовано чотири основні концепції оцінки діяльності державного сектору, кожна з яких має свої переваги та недоліки: концепція цілей, концепція системних ресурсів, концепція різноманітності зацікавлених сторін та концепція соціального конструктивізму. 7]. І. Малий та М. Власенко зазначили, що ці концепції «повинні бути враховані в теоретичній аргументації реформ державного сектору в конкретних країнах. Щодо реформи державного управління в Україні, ці концепції мають слугувати теоретичною основою та орієнтиром для подальшого траєкторії розвитку, а не догми. Орієнтація на її приватизацію суперечить класичній теорії зростання державного сектору в умовах війни.

Отже, оскільки заклади охорони здоров’я належать до державного сектору економіки, їх діяльність з управління послугами можна і потрібно оцінювати за допомогою концепції оцінки діяльності державного економічного сектору. Крім того, ми згодні з тим, що складові якості медичної допомоги та відповідні методи забезпечення та оцінки цієї якості мають включати: структурну якість (структурні методи); технічну якість (процедурні методи); якість результатів (ефективні методи)» [9. ] .

Проблема формулювання концепції та методу управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я безпосередньо пов’язана з такими фактами: Сьогодні заклади охорони здоров’я України вирішують проблеми, пов’язані з управлінням якістю медичних послуг, за рахунок обмежених матеріально-фінансових та технічних ресурсів, виділених на охорону здоров’я. закладів опіки проблема. охорона здоров'я. Це потребує модернізації національної системи охорони здоров’я, розвитку системи охорони здоров’я та запровадження нових механізмів залучення приватного та державного секторів до забезпечення нормальної роботи закладів охорони здоров’я та надання якісних послуг для покращення забезпечення ресурсами в процесі виробництва. Через альтернативне фінансування, використання механізмів державно-приватного партнерства, опитування громадської думки тощо). Необхідно забезпечити внутрішню стабільність роботи лікувально-оздоровчих закладів як основу їх розвитку. Це буде досягнуто за допомогою відповідних інституційних передумов, які має сформувати держава. Наприклад, ми вважаємо, що покращення конкурентного середовища на ринку охорони здоров’я є сприятливим інституційним фактором, який впливає на сферу охорони здоров’я та організацію галузі; фармацевтична промисловість має низький рівень корупції; високоякісні працівники та рівень безпеки пацієнтів, тощо

Інституціоналізація в науковій літературі вважається важливою складовою «процесу модернізації соціальних систем і суспільних відносин» [10]. Визначення «інституціоналізація» відображає процес, залучений до створення урядової організації, відповідальної за формування та впровадження політики. В. Трощинський у своїх наукових працях навів ключові суспільні потреби, що зумовили процес інституціоналізації: потреба в спілкуванні (мова, освіта, комунікація, транспорт), потреба у виробництві продукції та послуг, потреба в розподілі пільг і привілеїв, потреба у спілкуванні (мова, освіта, комунікація, транспорт), потреба у виробництві продукції та послуг. безпека громадян , необхідність захисту їхнього життя та добробуту; необхідність підтримки нерівноправної системи (розміщення соціальних груп за посадою, статусом тощо); необхідність соціального контролю за поведінкою членів суспільства ( право, мораль, релігія) [16].

Управління якістю медичних послуг у медичних закладах безпосередньо пов’язане з трьома напрямами, які «запускають» процес інституціалізації: потреба у виробництві продукції та послуг; потреба в безпеці громадян та захисту їх життя та благополуччя; необхідність соціального контролю за поведінкою членів суспільства. Оскільки більшість проблем, пов’язаних з управлінням якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я, випливають із системи, логічно використовувати системний метод для вивчення системи як соціальної системи, безпосередньо пов’язаної з нею та іншими соціальними системами (іншими учасниками). . Управління якістю медичних послуг, споживачів цих послуг, населення).

За словами О. Петра, «Інституційний підхід має потенціал для проведення ґрунтовних досліджень та всебічного аналізу соціальної системи як об’єкта державного управління. Інституціоналізм є методологічною основою для створення різноманітних міждисциплінарних досліджень соціальних систем. умов, забезпечує відстеження кількості та суттєвих змін і трансформацій різних соціальних систем, аналіз інституційних факторів – сукупності основних історичних передумов, політичних, економічних, правових, соціальних і духовних (культурних) норм Визначити рамкові умови для функціонування та розвиток соціальної системи як об’єкта державного управління»[12].

В Україні було проведено дослідження задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг. Це вже триває. «Основним інструментом цього виду досліджень є Анкета пацієнта, за допомогою якої медичні установи збирають інформацію для подальшого аналізу та оцінки» [6]. Беручи участь у дослідженні «прийнятної якості медичної допомоги», споживачі (пацієнти) можуть безпосередньо впливати на якість медичної допомоги в конкретній зоні лікарні. Безпека, якість та доступність медичної допомоги та медичних послуг.» [6] Тому посилення таких досліджень у роботі медичних закладів сприятиме підвищенню безпеки та якості надання ними медичних послуг.

Виходячи з вищевикладеного, логічно сперечатися про необхідність врахування результатів дослідження задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг у відповідних нормативно-правових актах: Підвищити безпеку пацієнтів; посилити ентузіазм медичних закладів та їх практичних працівників щодо забезпечення медична безпека та якість медичних послуг ; Розширити можливі варіанти участі пацієнтів у дослідженні якості медичних послуг. Це ляже в основу української моделі охорони здоров’я, орієнтованої на пацієнта, та зміцнить інституційну основу для управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я.

Розвивайте концептуальне бачення як «спосіб організації розумової роботи, що дозволяє нам перейти від матеріальних та основних теоретичних концепцій до більш абстрактних структур, які становлять основу візуальної картини досліджуваної частини реальності»[1] Про здоров’я ми вказують на те, що до найпоширеніших тлумачень визначення «дизайн» у вітчизняній та зарубіжній літературі належать такі визначення:

-Визначити версію чи варіант розвитку чи зміни певного явища чи об’єкта;

-Побудувати варіанти найкращого майбутнього стану об'єкта;

- Форма розширеного відображення та перетворення дійсності, спрямована на побудову системи параметрів майбутніх матеріальних об'єктів або їх нових якісних станів;

-Прийняття рішень в невизначених умовах [2].

Тому проект можна розглядати як конструювання реальності (держави, області, медичного закладу).

Суспільство є невід'ємною частиною регіонального розвитку. Це означає, що проект може бути реалізований у соціальній сфері, особливо у сфері охорони здоров’я та закладів. Цей висновок підтверджується класифікацією проектів [13], яка виділяє мегапроекти за проектним менеджментом. Щодо масштабних проектів, то останнім часом вони все частіше включають цільові та комплексні цільові проекти (навіть на національному рівні), реформи в окремих сферах, перехід компаній на нові технології [8]. Масштабні соціальні проекти включають «реформування системи соціального забезпечення, медичної допомоги, соціального захисту малозабезпечених верств населення, подолання наслідків стихійних лих і соціальних негараздів». Ці соціальні проекти мають свої особливості: цілі встановлюються і коригуються тільки при досягненні проміжних результатів; їх кількісні та якісні оцінки значно складніші; час і тривалість проекту залежить від можливих факторів, або це лише план. і наступні Для уточнення; витрати на проект зазвичай залежать від бюджетного розподілу; ресурси розподіляються по можливості [4].

Проект може мати дві форми:

——Як невід’ємна частина плану економічного та соціального розвитку визначає основні цілі та завдання, пов’язані із соціальною галуззю, які мають бути реалізовані в плановому періоді, а також основні засоби та методи реалізації;

-Як самостійне вирішення локальних проблем конкретної цільової групи в конкретному соціальному середовищі [8].

Тому сферою реалізації проекту може і повинна бути сфера охорони здоров’я. Загалом, щоб підтвердити можливість реалізації проектів у сфері охорони здоров’я, наголошуємо, що проекти мають реалізовуватися в цій сфері та в організаціях у цій сфері. Це пов’язано з повсюдним існуванням багатьох проблем у сфері охорони здоров’я (наприклад, недосконалість механізмів управління, несистематична інформаційна політика, неефективна взаємодія між суб’єктами в процесі прийняття рішень у сфері охорони здоров’я) та сфері охорони здоров’я. Медичні заклади. Особливо мене (наприклад, хабарництво та корупція, недосконалі стимули для працівників, погана медична допомога та якість послуг).

За своїм змістом та суттєвими характеристиками проект не лише чітко визначить проблеми закладів охорони здоров’я, а й реалізує найкращі ідеї щодо його вирішення. Система процесів в управлінні проектами медичних закладів повинна включати взаємопов'язані підпроцеси, такі як управління проектами, спрямоване на виконання загальних завдань (планування, впровадження, моніторинг та завершення), зосередження на медичній допомозі. Це дозволить створити таку соціальну реальність у закладах охорони здоров’я, вплив якої на людей (медичний персонал, споживачів медичних послуг, населення) матиме позитивне соціальне значення. Більше того, успішна реалізація проекту неминуче призведе до синергічних ефектів, що відобразиться у поширенні результатів проекту серед інших медичних закладів. Тому проектний менеджмент перетворився на один із сучасних інструментів управління окремими медичними закладами та якістю послуг, які вони надають, а також усією галуззю охорони здоров’я. Причина, по якій медичні заклади мають прийняти проектний підхід, полягає в динаміці зовнішнього середовища, важливості врахування впливу його факторів та неефективному управлінні медичними закладами.

Отже, сучасний стан управління охороною здоров’я має такі характеристики та тенденції:

-Розподіл медичних послуг у народному господарстві не є системним;

-Гарантований пакет послуг, який надається кожному громадянину, не повністю сформований. Держава має задекларувати пакет медичних послуг та закупити їх у надавачів цих послуг. Громадяни повинні вибрати, у кого країна буде купувати послуги. У цьому суть принципу «гроші йдуть за пацієнтом»;

-В Україні немає цивілізованої конкуренції в галузі охорони здоров’я;

-Є відмінності в системі «ціна-якість послуг»;

-Характеристики медичних послуг неузгоджені, в основному через відсутність кваліфікації;

-Недосконала міжвідомча взаємодія (слабка взаємодія між економічними, службовими та організаційними відділами) тощо.

В умовах української медичної реформи важливим є перенесення управлінської спрямованості медичних закладів на професіоналізацію персоналу, у тому числі керівників. Погоджуємося з науковцями (В.Лехан, Г.Слабкий та ін.), що сучасний стан галузі вимагає від керівників закладів охорони здоров’я набору систем компетенцій, а саме: управління галузевими закладами охорони здоров’я та якісними медичними послугами, інституційні аналіз та ін.), менеджмент (професійний) (про стратегічне планування, організацію та її працівників, визначення відповідальності та забезпечення інформаційно-комунікаційної взаємодії між організацією та споживачами, співробітниками тощо), управління бізнесом, управління інноваціями, фінансові ресурси управління, управління проектами, управління контекстом клієнта тощо), Особистісні та міжособистісні навички (про організацію командної роботи, управлінську етику, вирішення міжособистісних конфліктів, використання механізмів стимулювання впливу співробітників тощо). При цьому професійний профіль менеджерів охорони здоров’я цікавий з практичних міркувань [14].

Крім того, управління якістю медичних закладів має базуватися на меритократії.

Як основний принцип ефективності державної служби та останній варіант оптимізації постмодерного державного управління, меритократія забезпечує систему державного управління для найбільш освічених, талановитих і нерегулярно мислячих людей [5].

На думку деяких авторів [14, 15], «Для здійснення практичної діяльності керівники повинні вміти застосовувати знання на практиці; визначати, формулювати та вирішувати проблеми; працювати в міжнародному масштабі; розробляти проекти та керувати ними; планувати й керувати часом; Контролювати якість виконаної роботи; працювати в команді; надихати людей і досягати спільних цілей; спілкуватися з експертами в інших галузях знань.

Уміти безперервно сучасно навчатися; генерувати нові ідеї; приймати мудрі рішення; діяти на основі моральної мотивації; володіти підприємницьким мисленням та вмінням проявляти ініціативу; належним чином враховувати соціальну відповідальність та громадянські зобов’язання; вести критику та самооцінку критикувати; працювати самостійно; адаптуватися до нової ситуації та діяти.

Незамінними є професійні якості лідерів, такі як: навички міжособистісного спілкування та взаємодії; впевненість і наполегливість у постановці завдань та здатність брати на себе відповідальність; розуміння та повага до різноманітності та мультикультурності; усвідомлення відповідальності за охорону навколишнього середовища».

Концептуально управління медичними закладами та якістю медичних послуг має базуватися на клієнто-орієнтованому підході. Наявність вищезгаданої системи компетенцій допоможе розробити цей метод менеджерам охорони здоров’я. Аргументом, що підтверджує цю точку зору, є стаття [3], де стверджується, що «в даний час більшість нових або інноваційних компаній зосереджені на впровадженні систем управління продуктивністю, заснованих на клієнтоорієнтованому підході та оптимізації використання фінансових, людських і матеріальних ресурсів. Це можна охарактеризувати як інструмент підвищення ефективності корпоративної стратегічної діяльності, включаючи реінжиніринг бізнес-процесів і управління процесами, аутсорсинг і системи управління якістю.

**1.2. Індекс медичної якості**

Показники якості здоров’я (або клінічні показники) є частиною загальної системи професійного управління здоров’ям майже всіх країн Європейського Союзу та інших розвинених країн, таких як Австралія та Сполучені Штати. Вони в основному використовуються практиками, а не показниками ефективності, які в основному використовуються організаціями. Проте обидва типи індикаторів можна використовувати на місцевому та національному рівнях.

Показники повинні охоплювати такі ключові аспекти результату та якості лікування:

• Досвід пацієнта

• Результати та якість процесу

• Безпека

«Клінічні індикатори – це інструмент, який можна використовувати для визначення потенційних проблем та/або можливостей покращення якості догляду за пацієнтами чи невідкладного процесу лікування. При правильному використанні ці індикатори можна використовувати для порівняння варіантів надання схожих медичних послуг у різних установах. , та на основі національних стандартів Оцінити рівень цих послуг. Ці показники можуть бути використані як основа для оцінки поточної практики та як відправна точка для покращення процесу догляду за пацієнтами» (NHS)

Міжнародно визнаною практикою є дотримання принципу невикористання індикаторів якості здоров’я для прямого порівняння та оцінки діяльності окремих установ чи регіональних служб. Використання показників для прямого порівняння в ролі «таблиці відповідності» не є конструктивним і шкідливим, оскільки ця «таблиця» не розрізняє конкретні аспекти якості медичної допомоги та практичні шляхи їх покращення, а також намагається покращити їх шляхом маніпулювання. інформація Для покращення продуктивності. Індикатори рідко надають прямі індикатори якості, але служать індикаторами для визначення потенційних проблем та/або можливостей для покращення якості. Вони також забезпечують єдність методики оцінки результатів у формі еталонного порівняння.

Показники якості медичної допомоги є потужним інструментом для покращення медичної допомоги та покращення якості медичної допомоги. Однак, як і будь-який інструмент, ним також можна зловживати та пов’язані з ним загрози.

Показник відображає реальну ситуацію у фіксованому наборі офіційних значень. Істотне спрощення, втрата важливої ​​інформації, не кажучи вже про можливість системних помилок і приховування інформації, коли значення індексів стають основою для організаційного тиску, керівництва та прийняття кадрових рішень.

У проекті стратегії впровадження клінічних індикаторів як частини системи підвищення якості медичних послуг у національній системі охорони здоров’я визначено два основні питання, пов’язані з розробкою та використанням індикаторів:

• Розробити технічно надійні та інтерпретовані індикатори, ввести індикатори в систему для збору інформації, необхідної для покращення діагностики, лікування та догляду пацієнтів.

При плануванні розробки та впровадження клінічних показників слід враховувати наступні моменти:

1. Відсутність інформації про особисту професійну практику серйозно заважає медичним працівникам більше залучатися до процесу підвищення якості наданих послуг.

2. Загалом централізована система аналізу, яка порівнює клінічні дані та звіти, не матиме значного впливу на якість медичної допомоги.

3. Це більше відображає брак доказів, ніж брак доказів: отже, кожна нова система має створити доказову базу для своїх результатів.

4. Лікарі мають певні занепокоєння щодо розкриття особистої інформації про результати клінічної практики, а деякі вважають, що публічні звіти про якість наданих медичних послуг можуть мати багато небажаних наслідків.

5. Отже, нова національна система індексів якості, з одного боку, створює сприятливі умови для усунення перешкод на шляху покращення якості, з іншого боку, вона також змушує її шукати методи впровадження, щоб уникнути опору, плутанини та несприятливих наслідків.

6. Кожна система, розроблена для порівняння клінічних показників різних постачальників послуг, повинна вирішувати дві основні проблеми:

• Питання, пов'язані з розробкою та інтерпретацією достовірних параметрів;

• Питання щодо створення системи, яка заохочує використання даних у програмах підвищення якості.

7. Провідні медичні установи зазвичай мають можливість перевірити реакцію найбільш чутливих одержувачів (споживачів послуг) на порівняльні клінічні показники Індексу споживчих настроїв. Ці заклади та їхній передовий медичний персонал мають бути основними цільовими групами для визначення індексу споживчих настроїв.

8. Слід підкреслити важливість розуміння практичної діяльності, що вимірюється, і переконати їх збирати та аналізувати інформацію для дослідження, а не для оцінки.

Україна зберегла менталітет радянських часів, який включає покарання окремих працівників та всієї організації за низьку роботу, а також справжній страх автоматичного осуду та покарання за небажані результати. Тому, коли йдеться про реальне підвищення якості, останній пункт (№ 8) є особливо важливим. Світовий досвід свідчить, що не існує «універсального індексу», який міг би комплексно виміряти та охарактеризувати такі складні та багатогранні поняття, як якість медичної допомоги. Кінцевою метою системи охорони здоров’я є не підвищення значення окремих показників, а підвищення якості медичної допомоги. При цьому кожен показник може надати корисну інформацію про певні аспекти медичних послуг. Опис кожного показника має містити інструкції щодо його правильного розрахунку, аналізу, інтерпретації та застосування. Завжди пам'ятай:

• Оцінка якості та надійності методів та вхідних даних, що використовуються для розрахунку показників, має передувати будь-якому порівнянню та аналізу, не кажучи вже про висновки.

• Більшість індикаторів відтворюють результати випадкового процесу; деякі спостережувані коливання значень показників можуть бути значними, але не вказують на справжні відмінності; не завжди вдається забезпечити однорідність груп пацієнтів, які порівнюються, тощо. Тому аналіз значень індексу вимагає використання відповідних статистичних інструментів і методів.

• Показники мають бути сформульовані систематично, поєднуючи докази з наукової літератури та одержуючи згоду клінічних експертів.

• Усі показники мають бути гармонійно інтегровані в стандартизацію національної системи охорони здоров'я. Структура та показники процесу мають бути узгоджені із затвердженими клінічними рекомендаціями та національними стандартами з метою вимірювання та контролю процесу впровадження стандартів та відповідності відповідним стандартам охорони здоров’я. Однак, як зазначалося вище, цей тип вимірювання повинен уникати використання систем індикаторів для прямого порівняння та управління стресом, оскільки це призведе до показників, які не можуть адекватно відображати якість допомоги.

Індекс споживчої довіри є потенційно цінним інструментом для порівняння якості. Діяльність різних організацій, регіонів і навіть країн забезпечує достовірність наданих даних. Дозволяє визначити набір досить надійних клінічних показників, які можна порівняти для порівняння рівнів якості при використанні в різних країнах, тобто на них не впливають специфічні умови конкретної країни.

15 із наступних 22 клінічних показників, відібраних для проекту впровадження якості медичної допомоги, можна використовувати для порівняння якості медичної допомоги в різних країнах. Вони є ключовим компонентом будь-якого набору клінічних індикаторів для країн, які беруть участь у створенні якісної системи охорони здоров’я. Це такі показники:

1. 5-річна виживаність хворих на рак молочної залози.

2. Відсоток мамографії.

3. 5-річна виживаність хворих на рак шийки матки.

4. Відсоток скринінгу на рак шийки матки.

5. 5-річна виживаність хворих на рак кишечника.

6. Відсоток нових випадків захворювань, яким можна запобігти шляхом вакцинації (коклюш, кір, гепатит В).

7. Шкала основної програми вакцинації, віком від 2 років (коклюш, кір, гепатит В).

8. Смертність від БА від 5 до 39 років.

9. Помер у лікарні через 30 днів після госпіталізації з діагнозом «гострий інфаркт міокарда».

10. Внутрішньолікарняна смертність протягом 30 днів після госпіталізації з діагнозом «інсульт».

11. Час очікування пацієнтам з діагнозом «перелом стегна» на хірургічне лікування.

12. Вакцинація проти грипу, вік старше 65 років.

13. Відсоток курців.

14. Обстеження сітківки ока хворих на цукровий діабет.

15. Відсоток госпіталізованих пацієнтів з діагнозом астма

16. Післяопераційний перелом шийки стегна або смерть від перелому.

17. Річний аналіз глікозильованого гемоглобіну у хворих на цукровий діабет.

18. Рівень глікозильованого гемоглобіну свідчить про недостатній контроль цукру в крові.

19. Висока ампутація у хворих на цукровий діабет.

20. Реакція на переливання крові.

21. Відсоток неконтрольованих пацієнтів, госпіталізованих з приводу цукрового діабету

22. Відсоток пацієнтів, які були госпіталізовані з діагнозом «гіпертонія».

Система охорони здоров’я Великобританії використовує приблизно 400 унікальних клінічних показників для вимірювання якості медичної допомоги на рівні лікарень. Повний список нещодавно був оприлюднений для громадського обговорення всіма медичними працівниками з метою формулювання конкретних загальних показників якості медичних послуг для більш точного порівняння та аналізу на національному рівні в майбутньому. Вони поділяються на 14 категорій:

• Рак (56 показників).

• Серцево-судинна (60 показників).

• Діти, сім'я, матері (9 показників).

• Пов'язані інфекції в системі безпеки системи (34 показники).

• Тривала хвороба (33 показники).

• Психічне здоров'я (17 показників).

• Смертність (69 показників).

• Досвід пацієнта (58 показників)

• Середовище пацієнта (32 показники)

• Звіт про результати (4 показники). Безпека пацієнта (39 показників).

• Повторна госпіталізація (30 показників).

• Хірургічне втручання (17 показників).

• Своєчасність надання допомоги (7 показників).

У результаті дискусій у Великобританії рекомендується використовувати обмежену кількість національних пріоритетних індикаторів та використовувати показники, які відображають рівень якості послуг національної системи охорони здоров’я. Крім того, може знадобитися координація національних показників, які сумісні з іншими видами діяльності на національному рівні (наприклад, Комітет з контролю якості медичних послуг).

По-перше, необхідно визначити організацію, установу чи посадову особу, яка на практиці розраховує показник. При реалізації показників організація повинна забезпечити наявність всієї необхідної первинної та вторинної інформації та можливість реалізації запропонованого алгоритму розрахунку.

Наступним кроком є визначення вихідних даних, які використовуються для розрахунку показника. Ці дані можуть включати:

• Первинні медичні документи;

• Автоматизована база даних на основі оригінальних медичних записів;

• Інші джерела та бази даних, що містять основну інформацію

При визначенні понять, що складають чисельник і знаменник показника, слід керуватися такими правилами:

• Показник знаменника повинен визначати сукупність об’єктів, що вивчаються. Дослідницький набір має прозорий фізичний контент про медичну допомогу, і його можна чітко розділити за записами в оригінальних медичних або зареєстрованих документах, традиційних базах даних чи інших структурованих носіях, включаючи важливі характеристики якості медичних установ, документів або записів у документах. База даних:

• медичні заклади та заклади охорони здоров'я;

• Особи (пацієнти, пацієнти тощо);

• Особливі випадки захворювання (діагностика);

• окремі факти госпіталізації;

• Факти індивідуального медичного обслуговування (послуги).

При визначенні органу закладу необхідно детально описати оригінали медичних документів, за якими буде визначена копія закладу. Слід зазначити, що деякі інтуїтивно зрозумілі й невизначені документи дають різні пояснення. Наприклад, з точки зору закладів охорони здоров’я, термін «пацієнт» або «пацієнт» зазвичай не розуміється як «особа», яку можна ідентифікувати за паспортом або ідентифікаційним кодом, але розуміється, що її несе госпіталізований медичний працівник. запис через «госпіталізовані випадки» .. Статистика пацієнтів (форма 003/0) або пацієнтів, які вибули зі стаціонару (форма 066/0). Очевидно, що людина може відповісти на багаторазові госпіталізації протягом певного періоду часу. Чисельник слід розглядати як деяку підмножину знаменника. Чітко визначений показник має відповідати добре структурованому (з лінгвістичної точки зору) висловлюванню, що окреслює зміст індикатора. Наприклад, «пацієнт, у якого вперше в житті діагностовано злоякісне новоутворення, живий 5 і більше років» – це добре структурована фраза, тоді як «при злоякісній пухлині 5 років і більше» неправильне словосполучення, яке може свідчити про неузгодженість інформаційних об’єктів, що складають чисельник і знаменник.

Слід уникати використання суб’єктивних визначень і понять, які неможливо чітко та об’єктивно пояснити інформацією, що міститься в оригінальному документі. Інтуїтивні визначення, які зазвичай використовуються в медичній практиці, іноді допускають багаторазові інтерпретації, що може призвести до розбіжностей у розрахунках показників. Тому існує багато можливих пояснень відомих термінів, таких як «первинний пацієнт» і «радикальне лікування».

Якщо ці поняття необхідно використовувати при розробці індикаторів, їх слід визначати основними поняттями, об’єктивно зафіксованими в оригінальних медичних документах: датами, фактами медичних втручань, проведених за загальноприйнятими класифікаціями тощо.

Алгоритм відокремлення чисельника показника від усієї дослідницької сукупності (знаменника) має бути чітко викладений. Існує два типових методи розрахунку показників:

• Експертиза ґрунтується на вибірковій або повній обробці оригінальної медичної інформації кваліфікованими експертами, які можуть зробити висновки щодо кожного випадку;

• Автоматизована обробка бази даних на основі формальних алгоритмів.

Очевидно, що перший шлях трудомісткий і вимагає участі висококваліфікованих фахівців. Це не заважає приймати суб’єктивні рішення. Другий спосіб є більш технічно прийнятним, але вимагає належної матеріально-технічної бази та технічних можливостей для формування бази даних на основі оригінальної медичної інформації. Паперові документи та бухгалтерські бланки обробляються за формальними алгоритмами та інструкціями. У довгостроковій перспективі цей шлях має бути замінений автоматизованою обробкою. Міжнародна або національна класифікація. Цей метод мінімізує суб’єктивність навіть при ручній обробці експертних аудитів та паперової первинної інформації, а також забезпечує легкий перехід до автоматизованої обробки бази даних. Добре розроблена база даних зазвичай базується на затверджених оригінальних медичних записах і підтримує загальноприйняту класифікацію, тому алгоритм розрахунку індексу може бути загальним і придатним для автоматичної та ручної обробки.

Опис індексу має включати інформацію, яка дозволяє правильно інтерпретувати значення індексу, уникати помилок і недостатніх доказових висновків, а також максимально ефективно використовувати отриману інформацію для підвищення якості медичної допомоги. Слід бути обережними в ситуаціях, коли значення показників можуть не відображати фактичних відмінностей у якості медичної допомоги: враховувати статистичні помилки, можливі неповні чи спотворені дані, методи оцінки цих факторів тощо.

Якщо показник відноситься до частини санітарних стандартів і стандартів, цей зв’язок має бути чітко визначений і окреслений. «Опорне» значення найкращої практики має вказувати на відповідне джерело та давати практичні вказівки для правильного порівняння та інтерпретації результатів порівняння.

Розроблені індикатори мають бути пілотно перевірені та розглянуті експертними групами, які можуть коментувати. Уникайте невизначеності, намагаючись обчислити та інтерпретувати показники.

Мета системи вимірювання ефективності полягає в тому, щоб допомогти лікарні оцінити власну ефективність, відповідаючи на запитання про результати та вводячи подальші коригувальні заходи. Підвищити якість догляду. Система показників використовується як механізм внутрішнього покращення якості, а не як інструмент відповідальності чи покарання.

У майбутньому можна буде визначати стандарти та порівнювати різні регіональні управління охорони здоров’я або заклади, розробляючи відповідні ІТ-інструменти. У цьому сенсі Інтернет-платформа дуже зручна, оскільки кожна організація може отримати доступ до мережевих ресурсів і передати інформацію. Якщо електронною платформою сьогодні неможливо скористатися, необхідно створити координаційний центр для контролю інформаційного потоку всіх учасників проекту. Використання єдиних визначень, чисельників, знаменників, включень і виключень є основою для порівняння та критеріїв визначення.

Необхідно визначити, хто буде керувати роботою контактного пункту для забезпечення роботи електронного майданчика. Оскільки метою впровадження системи індикаторів є підвищення якості, а не зовнішній контроль, рекомендується, щоб незалежні експерти брали участь у послугах платформи. Додаткову перевірку даних також може виконувати незалежна організація, яка обслуговує електронну платформу. Вам також потрібно визначити, як часто передавати дані та коли надавати зворотній зв’язок. Рекомендується надавати підтримку зворотним зв’язком на регулярній основі. Що стосується передачі даних, то досить робити це щоквартально.

Також необхідно призначити команду або підрозділ у кожному медичному закладі, відповідальним за збір та перевірку даних. Бажання керівництва медичних закладів брати участь у проекті дуже важлива для успішної реалізації проекту, залежно від показників може змінюватися персонал, задіяний у проекті, оскільки кожен підрозділ надаватиме свою інформацію. Тому рекомендується, щоб кожна особа в медичній установі призначила особу або групу для координації процесу збору даних. Оскільки проект спрямований на підвищення якості, рекомендується призначити одного або групу осіб, які мають досвід у сфері безпеки, якості чи статистики медичних послуг. Команда повинна мати можливість аналізувати дані та пропонувати заходи для покращення ефективності, коли це необхідно.

Перед початком діяльності необхідно провести тренінг з використання індикаторної системи. Для збору даних медичних закладів та аналізу результатів роботи може знадобитися допомога організації або координаційного центру, що обслуговує електронну платформу. Координатору проекту агенції охорони здоров’я рекомендується перевірити дані.

Інформація має бути конфіденційною. Для забезпечення якості інформації та запобігання неповним звітам слід запобігати витоку інформації. Необхідно відповідально ставитися до роботи з інформаційними системами, що також підвищить надійність даних. Тому окремі лікарні не повинні отримувати доступ до інформації інших установ, чиї права доступу до веб-сайтів захищені паролями. У жодному звіті не перераховані назви медичних закладів. Натомість використовуйте звичайні числа. Організація чи координаційний центр, який обслуговує електронну платформу, також не повинен дозволяти розголошення інформації про конкретні медичні заклади.

**Перспективи розвитку системи показників України**

Нинішня основна тенденція покращення якості медичної допомоги полягає у переході від фрагментованого аналізу та медичного втручання на всіх етапах до всебічного забезпечення якості на всіх етапах надання допомоги — профілактики, діагностики, лікування та подальшого спостереження. Тому інформаційне забезпечення цієї концепції має передбачати інтеграцію та подальший аналіз усієї можливої ​​інформації про пацієнта, що з розвитком сучасних методів комунікації та інформаційних технологій це технічно можливо. Першим кроком у цьому напрямку є створення галузевого медичного реєстру (онкологічний реєстр, реєстр хворих на цукровий діабет тощо), який об’єднує інформацію про окремих хворих на хронічні захворювання та контролює пацієнтів протягом усього життя.

Концепція інформатизації охорони здоров’я передбачає створення національного реєстру медичних пацієнтів, який інтегруватиме всю наявну медичну інформацію. Такий реєстр, якщо він успішно створений та забезпечить належну якість інформації, має стати основою для побудови нової системи показників.

Зокрема, міжнародною практикою є аналіз виживання різних груп пацієнтів шляхом автоматичної інтеграції інформації з національного реєстру смерті та створення відповідних індикаторів для вимірювання результатів. Це поширене в практиці охорони здоров’я України, тому повне впровадження супутніх індикаторів потребуватиме додаткових зусиль.

Сучасні засоби автоматизованої обробки інформації дозволяють підняти процес автоматизованого контролю якості вихідної інформації на абсолютно новий рівень із застосуванням автоматизованих процедур пошуку та видалення помилок і повторюваних записів у базі даних. Запровадження таких технологій і процедур, спрямованих на підвищення якості, повноти та узгодженості вихідних документів, має передувати запровадженню та широкому застосуванню системи якості індексу здоров’я, оскільки на основі низькоякісних вихідних даних неможливо отримати якісну інформацію. Розвиток української системи показників якості медичної допомоги пов’язаний зі створенням і розвитком національних баз даних та інформаційних технологій, удосконаленням автоматизованої електронної обробки інформації, підвищенням якості та повноти медичної інформації в системі. Результатом має бути повне охоплення та охоплення всіх етапів впровадження структури, процесу та стандартів медичної допомоги для постійного покращення якості медичної допомоги.

**1.3. Трансформація механізму управління якістю медичних та оздоровчих закладів**

Медична реформа спрямована на трансформацію та зміну закладів, медичних закладів та вдосконалення механізму державного управління між ними. За науковими записами Н. Авраменка [3, с. 3]. 97], С. Вовка [4, с. 47] можна розділити на чотири типи реформ, у яких існують певні механізми управління якістю медичних послуг.

До першого автора належать ті, що мають корекційний характер, тобто вони не спрямовані на зміну основи державного управління, а лише на те, щоб позбутися деяких рудиментарних, застарілих механізмів та запровадити більш ефективні методи покращення здоров’я влади. Інші країни просувають модернізаційні реформи, маючи на меті скоротити розрив із розвиненими країнами, запровадивши нові моделі підготовки лідерів, запровадження передової системи охорони здоров’я та її організації (включаючи механізми якості). Тоді ми говоримо про структурні перетворення, акцентуючи увагу на вдосконаленні медичного законодавства, запровадженні ринкових відносин, розвитку автономії, особливо в первинній медико-санітарній допомоги. Остання є системною реформою, спрямованою на принципову зміну основ управління охороною здоров’я та вдосконалення структури, організації та функціонального механізму управління відповідно до поступової соціально-економічної трансформації суспільства. Тобто йдеться про системні зміни моделі державного управління, змісту та форми діяльності, законодавства, фінансів, матеріально-технічного забезпечення та кадрових механізмів забезпечення контролю та підвищення ефективності медичної допомоги. Система охорони здоров’я України зазнає різноманітних змін та реформ.

Ключова роль системи медичної допомоги в сучасній соціальній системі полягає в її особливості. На відміну від інших сфер, охорона здоров’я має очевидний зовнішній вплив. Тому медичні послуги розглядаються як соціально значущі блага. Як і будь-яка соціальна система, вона розвивається відповідно до своєї конкретної логіки та призначення. Трапляється на практиці. Це може бути пов’язано з недостатнім перемиканням між метою дії та внутрішніми характеристиками системи. Проте деякі органи влади все ще вважають, що будь-які зміни в системі охорони здоров’я покращать здоров’я населення.

Слід зазначити, що трансформація механізму державного управління та механізму державної політики у сфері медицини та охорони здоров'я пов'язана з деякими змінами в політиці, суспільстві, праві, кадрах, суспільстві та національній організації.

Класичні методи управління якістю охорони здоров’я та медичних послуг рекомендується розглядати, виходячи з таких характеристик:

1) Доступність——оцінюється за ступенем безперебійної медичної допомоги без урахування географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних факторів [4-6];

2) Ефективність – це міра лікування пацієнта, що сприяє покращенню його стану або досягненню очікуваних результатів [5, с.14;6, с. 44];

3) Професійні здібності – визначаються навичками та рівнями здібностей, які реалізуються в діяльності медичного персоналу, управлінського персоналу та обслуговуючого персоналу [5, с. 14];

4) Безпека – залежить від того, якою мірою система охорони здоров’я знижує ризик травмування, зараження, побічних ефектів чи інших втрат у процесі надання медичної допомоги [6, с.44];

5) Особисті стосунки, пов'язані з якістю взаємодії між постачальниками послуг і споживачами, керівниками та медичними працівниками, медичними працівниками та місцевими жителями [4, с.15;5, с. 45];

6) Економічність – співвідношення між попитом на послуги та наявними медичними ресурсами. Ефективність досягається шляхом надання населенню найкращої медичної допомоги, тобто за рахунок наявних ресурсів можна отримати більше медичних послуг найкращої якості [3-5];

7) Зручність є ознакою медичних послуг, яка не має прямого зв'язку з клінічною ефективністю, але може позитивно впливати на задоволеність пацієнтів якістю медичних послуг. Комфорт залежить від зовнішнього вигляду та чистоти приміщень, обладнання та персоналу, а також заходів щодо забезпечення комфорту та зручності [6, с 17]. 45];

8) Безперервність і послідовність, що відображають ступінь, в якому пацієнти отримують необхідну медичну допомогу без перерви, припинення або непотрібного повторення обстеження чи лікування [4-6].

Адміністративно-командна система перемістилася до ринкових відносин, а розширення автономії викликало і загострило протиріччя між політичним і соціально-економічним розвитком, серйозно вплинуло на стан управління охороною здоров'я.

Система оцінки якості медичної допомоги має складну органну ієрархічну структуру, якою необхідно керувати. Однак, перш ніж розглядати, як взаємодіє національна система управління якістю медичних послуг, необхідно визначитися з визначенням, що відображає її сутність.

По-перше, під медичною якістю слід розуміти процес взаємодії лікаря та пацієнта, кваліфікація лікарів знижує ризик прогресування захворювання та виникнення нових патологічних процесів, оптимізує наявні ресурси системи та обслуговування пацієнтів [6, с. 87]. {}}} По-друге, медична якість – це сукупність певних характеристик, які можуть підтвердити покращення стану здоров’я пацієнтів, задовольнити певний рівень медичних послуг та сприяти наявним потребам та сучасному рівню доказової медичної допомоги [7, с. . 42].

Якість медичної допомоги — це надання медичних послуг.У цій службі організація ресурсів може задовольнити потреби охорони праці з найбільшою ефективністю та безпекою, а також профілактику та лікування за найвищими стандартами без додаткових витрат. Вимоги [7].

Очевидно, що різні методи визначення якості медичних послуг та допомоги потребують розгляду класичного методу визначення якості.За цим методом необхідно розуміти існування основних характеристик, характеристик та характеристик, які відрізняють об’єкти чи явища. Інше [4-7].

Тому якість медичних послуг можна розглядати як сукупність механізмів державного управління з різними рівнями, індивідуальними ознаками, умовами та факторами.

Якість медичних послуг базується на статистичному правильному прогнозуванні цих ситуацій та використанні певної системи державних механізмів управління, узгодженості реальних результатів, одержаних людьми, та узгодженості результатів надання цих послуг стандартам і стандарти. взяти на себе. По суті, різноманітна медична діяльність, спрямована на створення певної системи якості медичної продукції, складається з трьох компонентів: створення, вдосконалення та контроль якості, включаючи різноманітні заходи та нагляд за якістю (встановлення стандартів, поведінка менеджменту, аудит, самооцінка). , Система моніторингу, оцінка якості, зворотний зв'язок, процес змін) [8].

Створення системи управління якістю медичних послуг має відповідати методології управління та таким принципам[5-10]:

1. Створити медичні послуги, що відповідають потребам та очікуванням зовнішніх споживачів (пацієнтів) та внутрішніх споживачів (медичних працівників), провести соціологічні дослідження очікувань медичних послуг серед населення (споживачів). Це дає змогу постійно розуміти, хто такий споживач і які його потреби, бажання та очікування.

2. Системний підхід. Роботу медичної системи можна виразити як сукупність підсистем і процесів, що відбуваються в них. Тому, щоб отримати найкращі результати від охорони здоров’я, необхідно проаналізувати систему, визначити першочергові проблеми та прийняти можливі рішення щодо її зміни. Результат роботи будь-якої системи визначається її конструкцією та роботою.

Згідно з цим положенням, якщо ми продовжуватимемо так працювати, то можемо розраховувати лише на наші поточні результати. Щоб отримати найкращі результати, будь ласка, змініть систему [5-10].

Виходячи з цього, можна зробити наступні висновки:

1) Будь-яке покращення якості медичних послуг потребує змін у функціях та/або побудові системи. Однак зміни не завжди покращують стан медичних послуг, і не всі покращення є результатом змін;

2) Якщо ми впроваджуємо зміни в управління якістю медичних послуг, то змінюється не частина чи елементи, а їх взаємодія, оскільки лише покращення частини є недійсним;

3) Соціологічного аналізу з такими ознаками покращення якості послуг недостатньо. Ми переконані, що для того, щоб змінити систему, ми не можемо діяти у вигляді заохочень (винагород), покарань, постійного контролю тощо. Це не може змінити якість ситуації.

3. Колективна робота — забезпечення спільних зусиль представників різних сторін (керівників, медичних менеджерів, медичних експертів, пацієнтів тощо) при наданні медичних послуг [9-11]. Такий вид роботи дає можливість використовувати детальні знання кожного відповідного елемента галузі, що є важливим для пошуку оптимального рішення щодо зміни системи якості медичних послуг.

4. Наукова методика-допомога вибрати актуальну проблему на основі достовірних даних, оцінити її масштаб і важливість, сформулювати план дій, що включає зміни в процесі та самій системі, налаштувати експерименти для перевірки змін плану, оцінити Результати експерименту, у СОЗ Впровадити зміни для покращення якості [8, с 103].

Іноді це так важко, як державному органу, який керує медичними закладами. Отже, за напрямом та місцем впливу можна виділити внутрішню та зовнішню функції управління системою якості медичних послуг.

Функція внутрішнього управління розташована в державному управлінні системою якості охорони здоров’я. Їх існування зумовлено розгалуженою та багатокомпонентною побудовою системи охорони здоров’я як основного органу управління, і існує нагальна потреба в упорядкуванні та посиленні її ієрархічних дій. Цільова спрямованість даного типу управлінської функції полягає у забезпеченні життєздатності та легітимності управління кожним державним закладом, а його вдосконалення та розвиток буде перетворено на стан, що відповідає суспільним потребам механізму державного управління. На сьогоднішній день аналіз результатів діяльності механізму державного управління базується на усталених наукових методах та затверджених нормативно-правових документах, що, на нашу думку, недостатньо для оцінки якості медичних послуг та визначення напрямків удосконалення.

Ми вважаємо, що цілеспрямованим впливом на якість медичних послуг та загальну ефективність є розробка індикаторів для забезпечення об’єктивної оцінки механізмів, моніторингу та більш конкретних питань якості медичних послуг. Він визначає вимоги, стандарти, правила, технології та характеристики умов медичного обслуговування. Запровадження європейського методу якості медичних послуг передбачає впровадження в Україні національного механізму управління якістю медичних послуг, коригування медичної та технічної документації відповідно до принципів доказової медицини та скасування документів, які не відповідають цим принципам у законодавстві. поле. При цьому об’єктами стандартизації є всі складові медичної допомоги: медичні та фармацевтичні послуги; технологія організації та технічного забезпечення медичних послуг; інформаційні технології тощо.

Таким чином, ми можемо запропонувати наступні напрями розвитку державного механізму управління системою якості медичного обслуговування України: формування стратегічного політичного механізму, певного бачення та участі державних організацій у підвищенні якості; компетентні органи всіх рівнів реалізують національну політику; норми, закони та організаційні методи. , Формувати ресурси в медичній сфері та соціальний механізм покращення управління медичними закладами

Тому використаний у ньому механізм державного управління спрямований на покращення процесу та результатів надання медичних послуг шляхом систематичного аналізу компонентів, порівняння їх із певними стандартами, аналізу та впровадження змін на необхідному рівні. Виберіть та систематично оцініть компоненти механізму управління здоров’ям. Зміни будуть запроваджені на різних рівнях надання послуг – окремих осіб, команд чи установ.

Висновки розділу 1

Під якістю медичної допомоги можна розуміти також процес взаємодії лікаря і пацієнта, заснований на професіоналізмі лікарів, тобто здатності знизити ризик прогресування захворювання та попередити нові патологічні процеси, оптимізувати використання медичних ресурсів, та забезпечити безпеку пацієнтів. задовольнити.

Методологія управління якістю медичної допомоги базується на чотирьох принципах: задоволення потреб і очікувань зовнішніх користувачів (пацієнтів) і внутрішні системні методи (медичні працівники), колективна робота, наукові методи.

- Більшість проблем, пов’язаних з управлінням якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я, походять від системи, яка визначає логічність і доцільність системного методу, що дозволяє досліджувати систему як соціальну систему, безпосередньо пов’язану з іншими соціальними системами. ;

-Важливо врахувати результати досліджень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг у нормативних актах. Це зміцнить основи української моделі охорони здоров’я, орієнтованої на пацієнта, та зміцнить інституційну основу для управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я;

-Життєздатність зовнішнього середовища необхідно враховувати вплив його факторів, неефективне управління закладами охорони здоров’я тощо, а також використовувати проектні методи цих закладів;

-Управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я має використовуватись як процес «введення» у відділи та заклади охорони здоров’я найбільш освічених, талановитих і неординарних людей у медичній галузі.

**РОЗДІЛ 2**

**АНАЛІЗ ЯКОСТІ ПОСЛУГ, ЩО НАДАЮТЬСЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ**

**2.1.Аналіз показників якості медичних послуг України**

Рівень управління якістю медицини розвинених країн світу значно вищий, ніж в Україні. Їх особливо вразив процес планування надання медичних послуг та метод міжвідомчої інтеграції, реалізований в окремих адміністративних областях, що забезпечило безперервність та безперервність медичних послуг. Якщо уявити процес надання його у вигляді ланцюжка, то він не повинен мати зламаних елементів і повинен підтримувати певний порядок.

У розвинених країнах світу запроваджено принцип інтегрованого управління якістю, тобто відносини між партнерами є пріоритетними. Установи, розташовані в одній адміністративній зоні, формулюють спільні «правила гри», як-от запровадження спільних документів для ефективного робочого партнерства, встановлення послідовних клінічних і доклінічних показників та встановлення спільних управлінських угод, етикету та цінностей. Усі вони мають інтегрувати та координувати фінансові, клінічні та людські ресурси. Сфери сучасних медичних та соціальних послуг є складними та різноманітними, а тому вимагають кращих угод про співпрацю, ніж будь-коли раніше. Нинішня пандемія довела важливість такого підходу – партнери повинні ефективно реагувати на надзвичайні ситуації та виклики, які виникають.

Прикладом комплексного лікування є розвиток хворих на інфаркт міокарда, успішний результат якого залежить від комплексних і злагоджених дій групи фахівців різних установ – фахівців центрів первинної медичної допомоги, центрів невідкладної допомоги та спеціалізованих установ, здатних до втручання. Тому НСЗУ пропонує з 2021 року ввести окремий коефіцієнт для закладів невідкладної допомоги, щоб правильно маршрутизувати пацієнтів із захворюваннями серця та інсультом. Це надихне заклади та їхніх власників розробити найкращий курс для пацієнтів, а головне — слідувати їм. У цьому випадку буде забезпечена безперервність медичних послуг.

Враховуючи якість медичних послуг, слід оцінити показники здоров’я населення України.

У 2018 році очікувана тривалість життя при народженні в Україні становила 66,1 року для чоловіків та 76 років для жінок, що нижче середнього по Європі (72,5 та 80 років відповідно). У поєднанні з імміграцією поточний стан здоров’я країни спричинив демографічну кризу, що призвело до скорочення населення на 10 мільйонів (з 52 до 42,3 мільйона) за 20 років.

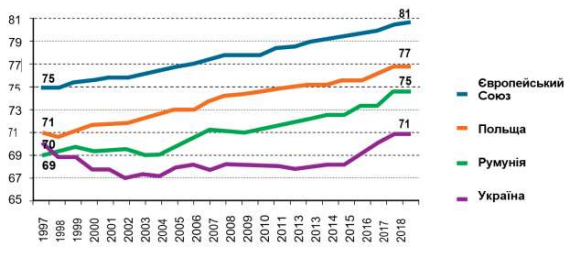


Рис.2.1. Середня прогнозована тривалість життя при народженні, років

Україна посідає друге місце за рівнем смертності в Європі зі зростанням на 12,7% між 1997 і 2018 роками. У Європейському Союзі ця цифра скоротилася на 6,7%. Крім того, чверть загальної смертності припадає на населення працездатного віку (чоловіки становлять одну третину всіх смертей, а в усіх вікових групах від 16 до 60 років їх смертність у три-чотири рази перевищує смертність жінок. ). Основними причинами смерті є неінфекційні захворювання, такі як серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання, рак та захворювання обміну речовин. Останніми роками ці показники залишаються незмінними. У 2019 році серцево-судинні захворювання були основною причиною смерті (66,5%), за ними йшли пухлини (13,9%), а зовнішні причини посідали третє місце (6%) (рис. 2.2).

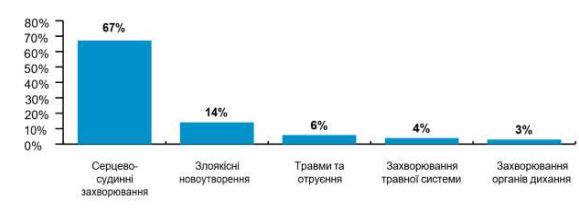


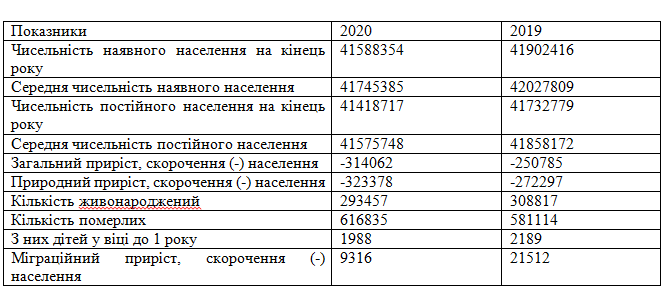
Рис.2.2. Основні причини смертності в Україні, %

Ці шокуючі цифри також підтверджують той факт, що переважна більшість українців схильні до таких факторів ризику, як куріння, надмірне вживання алкоголю, нездорове харчування, відсутність фізичних навантажень та забруднення навколишнього середовища. Наприклад, більше половини дорослих чоловіків в Україні палять регулярно, порівняно з приблизно 25% у Західній Європі.

Кількість смертей в Україні у 2020 році перевищує щонайменше показники за останні п’ять років. У 2020 році в Україні померло 616 840 осіб. Це на 6,1% більше, ніж у 2019 році. Кількість померлих у грудні 2020 року (порівняно з тим же місяцем 2019 року) зросла на 42,9%, листопаді -35%, жовтні -17,5%, вересні -15,4%

Таблиця 2.1

Динаміка демографічних показників впродовж 2019-2020 р.р.



Рівень смертності у грудні 2020 року зріс на 33,8%, загалом померло 67 663 особи, у порівнянні з 2015-2019 роками кількість померлих перевищила норматив на 17 099 осіб. Це означає, що в грудні кількість смертей за добу була на 552 більше, ніж у середньому за останні п’ять років.

Водночас, за статистикою МОЗ, найбільша щоденна смертність від COVID-19 у грудні склала 289 осіб.

За даними Національного бюро статистики, у 2020 році від коронавірусу помруть 20 709 осіб. Нагадаємо, що загалом зниклими безвісти вважаються 616 835 осіб. Ця різниця може бути викликана наступними причинами:

1. У статистику смертності від коронавірусу включайте лише всі офіційно підтверджені випадки.

2. За статистикою Національного бюро статистики, кількість померлих від хвороб кровообігу (у тому числі серця) була найбільшою – 408 721 особа, а кількість померлих від захворювань органів дихання (у тому числі грипу та пневмонії) – 16705 осіб. Нагадаємо, загальна кількість смертей в Україні у 2020 році склала 616 835.

Одним із ключових факторів, що сприяють такій ситуації, є повільний економічний розвиток країни. ВВП України у 2019 році становив 3974,6 млрд ОАЕ. (141,9 мільярдів доларів США), що означає, що показник на душу населення навіть набагато нижчий за найнижчий показник у Європейському Союзі. Еволюція цього показника за останні роки показана на рисунку 1. 2.3. Незважаючи на економічну кризу та військові конфлікти, ситуація у 2014-2019 рр. все ще погіршується

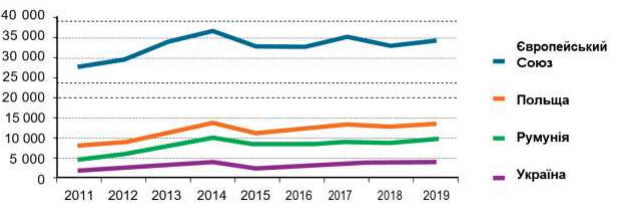


Рис.2.3. ВВП на душу населення, дол.США

Іншою важливою причиною поганої роботи є серйозні недоліки в системі охорони здоров’я. По-перше, незважаючи на велику кількість успадкованих та створених медичних закладів та закладів охорони здоров’я, Україна не змогла забезпечити ефективних заходів щодо загальних детермінант національного здоров’я (таких як бідність, житло, зайнятість тощо), які необхідні для процвітання України як сучасна країна. .держава. Охорона здоров’я України спочатку була в хаосі. Навіть у різних правових і технічних документах сфера «медичної допомоги» згадується рідко.

Збій української системи охорони здоров’я пов’язаний із застарілим станом медичних закладів, які насправді не орієнтовані на пацієнта та не можуть надавати ефективні та якісні послуги. Організаційно-правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні та інші основні помилки не дозволяють Україні використовувати людський капітал, хоча українці витрачають значну частину своїх доходів на охорону здоров’я. У 2018 році загальні витрати на охорону здоров’я становили близько 7,6% ВВП, що насправді так само або навіть вище, ніж у країнах, які приєдналися до ЄС після 2004 року, і вище, ніж у країнах, які надають кращі послуги, як-от Польща, Румунія та Естонія. Охопити своїх громадян і досягти кращих результатів для здоров’я. Через низький рівень ВВП показник на душу населення становить лише 8204,7 грн. У 2018 році (приблизно 293 долари США) було набагато нижче середнього по ЄС (3340 доларів США), а також 1432 доларів США в Чехії, 854 доларів США в Польщі, 516 доларів США в Болгарії та 420 доларів США в Румунії (Рисунок 2.4).

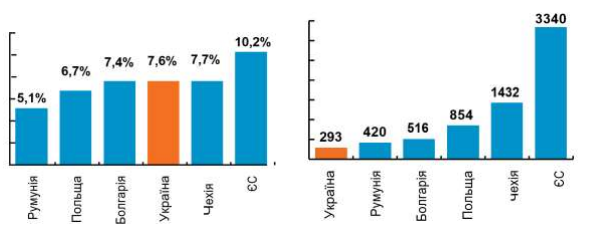


Рис.2.4. Загальні затрати на сферу охорони здоров'я (% ВВП) і затрати на охорону здоров'я на душу населення (дол. США)

Крім того, існує величезна різниця між тим, що країна обіцяє і тим, що вона може надати. Теоретично всі групи населення можуть користуватися необмеженими медичними послугами, які державні та комунальні заклади охорони здоров’я надають безкоштовно. Фактично, протягом багатьох років громадяни були вразливі до катастрофічних наслідків оплати медичних витрат через хворобу. Державні видатки (4,4% ВВП) становлять лише 57% загальних видатків (рис. 2.5).

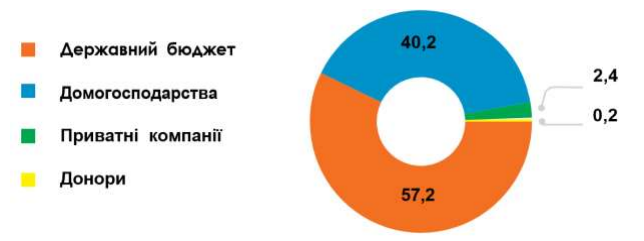


Рис.2.5. Загальні затрати на сферу охорони здоров’я за джерелами, %

Основу медичних витрат в основному складають витрати на оплату праці (приблизно 71-74% від загальної кількості). Тому місця для фактичного надання послуг дуже мало, тобто для лікування пацієнтів, закупівлі ліків і витратних матеріалів, оновлення технічних фондів. Це означає, що або послуги не надаються взагалі, або громадяни оплачують більшість витрат із власної кишені, що призводить до масової відмови у медичній допомозі. Наприклад, річна вартість ліків у медичних установах становить лише 5-6% від загальної вартості. Виписка про кожного пацієнта (первинна допомога) або надані медичні послуги (вторинна та третинна допомога).

**2.2. Оцінка показників якості медичного обслуговування України, зокрема рівень інфекційних захворювань, пов’язаних з наданням медичної допомоги**

**Україна потребує стандартизованих методів впровадження профілактики та контролю інфекцій у закладах охорони здоров’я та надання соціальних послуг. Адже їх відсутність призведе до зниження якості медичних послуг та догляду за пацієнтами в Україні.**

**Систематичне дотримання правил охорони здоров’я та підготовка до спалаху може запобігти та зменшити поширення джерел інфекції та відігравати важливу роль у стримуванні зростання антимікробної резистентності. світ. Це пов’язано з економічними витратами на лікування, додатковим навантаженням на всю систему охорони здоров’я (включаючи людські ресурси та матеріально-технічну базу закладів охорони здоров’я), а також втратами пацієнтів через госпіталізацію, смерть, психологію та фізіологію.**

**На відміну від західних країн, пострадянські країни не здійснюють оцінки рівня якості медичної допомоги. Лише на початку медичної реформи така оцінка стала необхідною. Політики та пацієнти цікавляться якістю медичної допомоги, а медичні менеджери стикаються з проблемою, як оцінити роботу медичних працівників.**

**В останні десятиліття проблема інфекцій, що передаються статевим шляхом, була пов’язана з іншою не менш важливою загрозою, з якою стикається людство – стійкістю до антимікробних препаратів (АМП). Згідно з дослідженнями, щонайменше 75% випадків IPNMD викликані мікроорганізмами з АМФ. Нагадаємо, що у всьому світі, за даними Всесвітньої організації охорони здоров’я, до 2050 року стійкі до антимікробних мікроорганізми можуть щорічно вбивати 10 мільйонів людей. У середньому кожен десятий пацієнт інфікується під час госпіталізації, і ця кількість залежить від доходу на душу населення в країні.** Таким чином, у країнах із високим рівнем доходу поширеність інфекційних захворювань, пов’язаних із охороною здоров’я (далі – ІПСШ) та госпіталізованих ішемічної хвороби серця становить від 3% до 5%, а також від 10% до 15%. За даними Центру контролю та профілактики захворювань США (CCD), кожен десятий пацієнт із ІПСШ помирає (смерть становить близько 10%). Згідно з CPC, кожен випадок IPNMD змушує пацієнтів залишатися в ліжку в середньому ще чотири дні (ліжкові дні), що призведе до додаткових витрат на обмежені ресурси ТЕЦ, такі як фінансові та людські ресурси, знос обладнання, витрати на витратні матеріали, рахунки за воду та електроенергію тощо.

В Україні станом на 2018 рік поширеність ІПНМД становила 0,04%, а у 2019 році – 0,035%. Ці дані свідчать про відсутність у закладах охорони здоров’я належного епідеміологічного нагляду за ІПСШ. Надання епідеміологів PGI підтверджує цей факт – станом на 2018 рік налічується 361 «госпітальний» епідеміолог, з яких понад 1500 є ХОЗЛ.

При оцінці захворювань, пов’язаних зі здоров’ям у європейських країнах, розроблено метод визначення одночасної поширеності інфекційних захворювань, пов’язаних із охороною здоров’я (далі – ОРІПНМД) та використання антибактеріальних препаратів ГЦК, які забезпечують повне цілодобовий стаціонарний догляд. З 2012 року ECDC кожні 5 років збирає, агрегує та аналізує дані з європейського регіону в один і той же час. (далі – ІПНМД) 6,0% (діапазон 2,3%-10,8%), наприклад, Польща – 6,8%, Угорщина – 4,9%, Італія – 7,2%. У структурі ІПНМД найбільшу частку займали хірургічні інфекції (далі-ВНГ)-19,6% (8,8-29,0%), пневмонія-19,4% (12,0-36,3%), тип сечового інфекція шляхів-19,0% (10,1-30,7%). Захворювання, викликані Clostridium difficile, становлять 3,6% усіх інфекцій, що передаються статевим шляхом (більше 10% у таких країнах, як Угорщина та Уельс). Рівень зараження крові в різних країнах коливається від 2,0% до 19%. Найбільше навантаження на ІПНМД припадає на VARIT-19,5% від усіх пацієнтів відділення.

Поширеність пацієнтів, які отримують хоча б один АМП, становить 35,0% (у різних країнах – 21,4-54,7%). Серед усіх відділень найвищий рівень використання AMP спостерігався у пацієнтів з VAIT – 56,5%. AMP найчастіше використовується для лікування – 68,4%, у тому числі 19,1% для лікування випадків IPNMD-AMP. 16,3% випадків потребують антибіотиків для періопераційної профілактики, з них 59,2% тривали більше 1 доби, 15,8% – 1 добу, 25,0% – менше 1 доби. З метою отримання якісних даних щодо поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, в Україні у 2021 році було проведено пілотне дослідження щодо одночасної поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, та застосування антибактеріальних препаратів за методом ECDC. За основними висновками поширеність ІПНМД становила 5,7% (ДІ 95% 4,5-6,9).

Розподіл справ між різними відділами неоднорідний. До підрозділів високого ризику ІПСШ належать хірургічне та анестезіологічне відділення, реанімаційне відділення та відділення інтенсивної терапії. Поширеність одиничних інфекцій, що передаються статевим шляхом, високого ризику становить 10% (ДІ 95% 7,2–12,9). Серед усіх ІПНМД найбільш поширеними є хірургічні інфекції – їх частка становить 33,7%, пневмонія – 25,6%, інфекції сечовивідних шляхів – 14,0%.

Таблиця 2.2

Поширеність ІПНМД у різних сферах



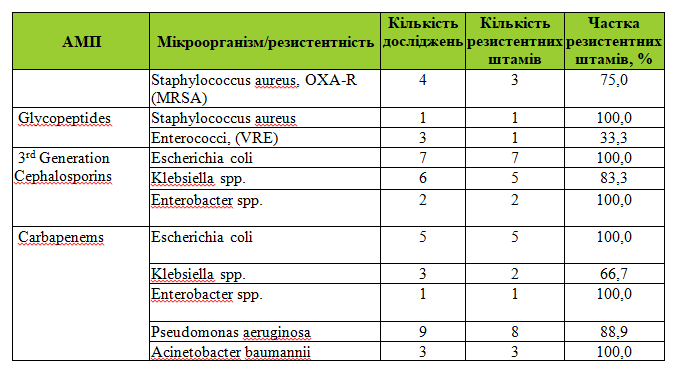
Серед усіх видів інфекцій, що передаються статевим шляхом, найбільш поширеною є хірургічна інфекція (далі – ЛОР) з часткою 33,7 %, пневмонія – 25,6 %, інфекція сечовивідних шляхів – 14,0 %. Розподіл класифікації IPNMD показано на рисунку 2.6.

Рис.2.6. Розподіл ІПНМД за нозологіями

З усіх випадків IPNMD лише 30,2% мали лабораторні дані (26 випадків), що призвело до виділення 44 ізолятів (14 мікроорганізмів). У зв’язку з невеликою кількістю ізолятів отримані дані слід ретельно оцінити, але звернути увагу на відсоток штамів, стійких до ключових антимікробних препаратів. Наприклад, у ізолятах кишкової палички, перевірених на чутливість до цефалоспоринів третього покоління та карбапенемів, вони були 100% стійкими.

Таблиця 2.3

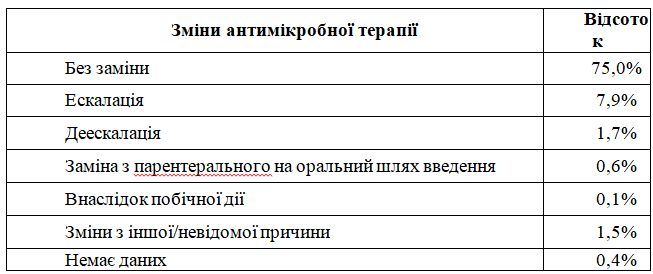
IPNMD виділяє стійкість збудників до певних груп антибіотиків



Кількість пацієнтів, яким призначені антибактеріальні препарати, складала 36,9% (ДІ 95% 34,5-39,5). Середня кількість AMP, що призначається пацієнту, становить 1,42. Дані щодо змін у схемах лікування показують, що деградація лікування АМФ або перехід від парентерального застосування до перорального використовується лише в 1,7% і 0,6% випадків, як показано в таблиці 2.4. Оцінюючи, що кількість виявлених випадків зараження крові невелика (2,3% від загальної кількості ІПСШ), слід враховувати, що через малу кількість посівів крові, проведених ЗГК, можливість діагностики обмежена. Середня кількість посівів крові становить 2 на кожні 100 пацієнтів. Слід також зазначити, що бактеріальна лабораторія COP не може проводити дослідження для підтвердження захворювання, викликаного Clostridium difficile.

Таблиця 2.4

Зміни схеми лікування АМФ



Частота застосування АМП розподілена по відділеннях нерівномірно, вона становить 49,9% від загальної кількості хворих хірургічних відділень, терапевтичного типу – 18,6%, VARIT – 96,7%, акушерства та гінекології – 33,3%. {} 1}} Дослідження етіології АМП показують, що 39,1% усіх випадків АМП піддаються лікуванню, включаючи лікування IPNMD-8,7%. Показник періопераційної профілактики антибіотиків становив 27,1%, а частота профілактики одноразової або одноденної профілактики становила лише 1,9% і 2,5% відповідно.

Рис.2.7. Причини призначення пацієнтам АМП

Аналіз загальної статистики Центру охорони здоров’я свідчить про серйозну нестачу працівників, відповідальних за проведення заходів з профілактики та боротьби з інфекціями (їх кількість становить лише 62% від рекомендованої). У середньому виконання навчання працівників та моніторингу алгоритму медичних процедур становить менше 20% від рекомендованого рівня.

Результати дослідження свідчать, що в українських закладах охорони здоров’я існують ІПНМД та USAID, що вимагає впровадження системи оцінки якості медичних послуг та програм профілактики та контролю інфекцій.

**2.3. Зміна динаміки якості обслуговування закладів охорони здоров’я України на тлі пандемії COVID-19**

З початком пандемії COVID-19 в Україні заклади охорони здоров’я переживають кризу. Система охорони здоров’я не готова до різкого зростання коронавірусної інфекції. Свою роль відіграли відсутність належних засобів індивідуального захисту, ліжок, кисневої терапії, розуміння природи вірусу, особливостей його впливу на людину, досвіду боротьби з небезпечними вірусами. Багато лікарів захворіли на коронавірус і не можуть працювати, а ті, хто перебуває в лікарні, виснажені через неймовірне навантаження та стрес.

Не вище середньосвітового рівня смертності, якість надання медичних послуг хворим на COVID-19 не дозволяє нам бути впевненим у пошуку ефективних рішень для підвищення якості медичних послуг для боротьби з пандемією.

Ці показники включають: очікувану тривалість життя людини, дитячу смертність та передчасну смертність. І інші показники, які традиційно використовуються для вимірювання якості.

Загалом у країнах з низьким і середнім рівнем доходу щорічно від низької якості медичної допомоги помирає від 57 до 8,4 мільйонів людей. На це припадає 15% усіх смертей.

Якість — це рівень допомоги, який підвищує шанси пацієнта на досягнення очікуваних результатів і зменшує ймовірність несприятливих результатів.

Іншими словами, це допомагає людині одужати, мінімізуючи ризик завдати шкоди здоров’ю. Це твердження стосується будь-якого співвідношення очікуваних і небажаних результатів. Не обов’язково, щоб усі пацієнти одужали на 100%.

У цьому випадку особливо важливою є якість медичної допомоги, для досягнення якого потрібно більше зусиль і ресурсів, ніж зазвичай.

Що змінилося

Пандемія стала додатковим тягарем для всіх систем охорони здоров’я в країні.

1. Лікарні, які лікують «найважчих» пацієнтів у багатьох країнах

2. 2. Лікарня повинна забезпечити/посилити заходи безпеки епідемії та водночас дбати про неї.

Водночас через брак кадрів, здатних доглядати за хворими на COVID-19, відтік лікарів.

Існують додаткові фінансові ризики та витрати (через зміни даних пацієнтів, зміни моделей фінансування, зміни фармацевтичних препаратів, постачальників медичного обладнання тощо).

Нові виклики загострюють проблеми в системі безпеки України

Умови, де на початку пандемії розташовувалися медичні заклади:

-Відсутність визначення потреб у медичному персоналі, медичних послугах, та інших ресурсах, які пов’язані з якістю даних охорони здоров’я;

-Перший етап амбулаторної реформи не є ідеальним, а опис амбулаторного рівня недостатнім,

-Велика кількість джерел фінансування медицини та охорони здоров'я;

- Розподіл функцій нагляду за управлінням якістю медичної допомоги не є чітким.

Втома, фізичне та психічне виснаження, відсутність регулярної професійної практики, тиск догляду за вмираючими пацієнтами, власна хвороба, втрата рідних та друзів стали частиною щоденного професійного життя людини.

На їхньому рівні виникають нові завдання – швидко налагодити матеріально-технічні ресурси медичних закладів, змінити спосіб надання медичних послуг. А також перерозподілити обов’язки співробітників і перенавчити їх. І все це – коли потрібно подбати про себе та безпеку своєї команди.

Практики, які використовуються для покращення якості допомоги під час пандемії:

1. Психологічний супровід лікарів

Деякі медичні установи створили спеціальні моделі підтримки, засновані на співчутті, людяності, взаємоповазі та відповідальності. Наприклад, система «дружньої підтримки».

Корисною практикою стали психологічні консультації та інші форми підтримки співробітників. Наприклад, зміцнювати неформальне спілкування та підтримувати один одного.

Це допомагає команді психологічно адаптуватися до динаміки COVID-19. А для медичних працівників – для підвищення безпеки та ефективності медичної допомоги.

2. Впроваджуйте інновацію

У часи кризи вкрай важливо знаходити та використовувати інноваційні та нестандартні рішення. Це перший раз, коли лікар зіткнувся з новим збудником.

Тому для підвищення якості медичної допомоги необхідно діяти за принципом «огляд і навчання».

Ми разом впроваджуємо нові функції безпеки для пацієнтів і персоналу.

Створення інноваційних методів сприяє методу «помірного лідерства», який можуть використовувати менеджери охорони здоров’я.

Такий підхід означає, що люди, які займають керівні посади в медичних закладах – головні лікарі, директори медичних закладів, підтримують ініціативу колег, які не займають керівні посади, але хочуть зайняти керівні посади.

Відповідно до цього принципу керівники можуть побачити потенціал, сильні сторони та таланти команди. Адже лідерські здібності зазвичай залежать від зовнішнього середовища, тобто певних особливих умов, які спонукають людей брати на себе більше обов’язків.

3.Стандартизація медичних послуг

Напередодні пандемії стандартизація (встановлення та застосування певних стандартів медичних послуг та системи контролю за їх дотриманням) сприяє оптимізації організації та діяльності медичних закладів.

Однак під час кризи, коли немає надійних доказів, що підтверджують ефективність діагностичних та лікувальних процедур, неможливо досягти нормальних стандартів якості. Тому якість має залежати від ситуації.

При цьому всі нові рішення мають відповідати принципам чесності, прозорості, підзвітності, послідовності та підзвітності. Звичайно, є також безпека пацієнтів та медичних працівників.

4. Управління якістю гігієни

Добре розвинена система управління охороною здоров’я успішніше реагує на кризи, використовуючи не лише інструменти контролю якості, а й ширший набір інструментів управління.

Вони працюють як злагоджена організація зі здоровим самосвідомістю, бажанням вижити та адаптуватися до змін.

Впровадження процесів і процедур управління якістю охорони здоров’я може зробити системи/заклади охорони здоров’я сильнішими та безпечнішими в нових і мінливих умовах.

Завдяки міжнародному досвіду надання допомоги медичними установами під час епідемії з’явилися ефективні практики.

При необхідності вони можуть бути використані як рекомендації іншими медичними установами:

• Запровадити систему управління якістю медичної допомоги та посилити нові заходи безпеки для пацієнтів і працівників. Це, поряд з навичками мислення, ефективно в кризових ситуаціях;

• Виберіть нові концепції управління (наприклад, «скромне» лідерство) та навчання в режимі реального часу, що дозволить вам приймати правильні рішення з обмеженими ресурсами;

• Вивчіть ключові методи медичної групи, такі як спільна обізнаність та неформальне спілкування, щоб покращити адаптацію до динамічних ситуацій, пов’язаних із COVID-19;

• Зосередьтеся на зусиллях, пов'язаних з психологічною безпекою та додатковим стресом. Менеджери всіх рівнів повинні не тільки навчитися вчасно виявляти ранні ознаки психологічного стресу, але й покращувати шанси пацієнтів та їхніх сімей на отримання психологічної консультації та інших форм довіри.

• Впроваджуйте процеси та процедури управління якістю охорони здоров’я, щоб зробити системи/заклади охорони здоров’я сильнішими та безпечнішими в новому середовищі, що постійно змінюється.

**Висновки розділу 2**

На основі оцінки контролю якості медичної допомоги в Україні визначено п’ять механізмів забезпечення медичної якості: примусова ліцензія медичних закладів; акредитація та сертифікація (може бути обов’язковою або добровільною); стандартизація (як правило, у національних стандартах та клінічних угодах є два види). ) Стандарти-обов'язкові та ідеальні) Прямий контроль якості, включаючи внутрішні та зовнішні аудити.

Аналіз показників здоров’я та якості української системи охорони здоров’я свідчить, що Україна є однією з країн з найгіршою системою охорони здоров’я в Європі. Рівень смертності в Україні посідає друге місце в Європі зі зростанням на 12,7% за період з 1997 по 2018 рік. У Європейському Союзі ця цифра скоротилася на 6,7%. Збій української системи охорони здоров’я пов’язаний із застарілим станом закладів охорони здоров’я, які насправді не орієнтовані на пацієнта та не можуть надавати ефективні та якісні послуги.

**РОЗДІЛ 3**

**ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У ЛІКУВАЛЬНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАКЛАДАХ**

**3.1.Формування сучасної системи управління якістю у сфері охорони здоров’я України**

Поліпшення управління медичними закладами є одним із найважливіших факторів підвищення якості, культури та доступності медичної допомоги. Конкуренція потенційних користувачів медичних послуг вимагає особливого забезпечення якості. З піднесенням вітчизняного ринку медичних послуг все більшого значення набуває впровадження системи управління якістю в медичних закладах, що є поширеним явищем у світовій практиці.

У багатьох високорозвинених країнах закон вимагає від медичних установ виконання процедур сертифікації відповідно до міжнародних стандартів серії ISO 9001: наприклад, у Німеччині всі державні та недержавні клініки повинні мати власну систему контролю якості і 99% вибирають Управління якістю. Відповідає вимогам ISO 9001 [1].

В Україні вже багато приватних медичних закладів мають сертифіковані системи менеджменту якості, які дозволяють їм успішно конкурувати на вітчизняному та зарубіжному медичних ринках.

ISO 9001: 2009 [14] забезпечує значну конкурентну перевагу для медичних працівників. Це важливий крок до більшої ясності та прозорості. Однією з характеристик системи менеджменту якості є запобігання - бажання вирішувати проблеми до того, як вони виникнуть. Надавши своєчасну та відповідну допомогу, такий підхід дозволяє значно підвищити ефективність лікування.

Як підкреслюється в меморандумі ISO та IWA (International Workshop Agreement), вартість цих послуг має бути знижена за рахунок оптимізації організації, тим самим просуваючи концепцію управління якістю медичних послуг. , Забезпечення та контроль. Основна економія досягається завдяки ефективному виключенню трудомістких корекційних (корекційних) процедур та усуненню наслідків неправильного діагнозу та неправильного призначення лікування (у тому числі судових) [31].

Переваги впровадження системи управління якістю в клінічну практику можна розділити на рис.1. 3.1.

**Переваги від впровадження системи управління якістю в закладах охорони здоров’я України**

Удосконалення внутрішніх процесів

Забезпечення прозорості внутрішніх процесів

Підвищення фаховості та мотивації персоналу

Оптимізація документообігу медичного закладу

Покращення рівня керованості

Поліпшення діяльності закладу

Покращення іміджу закладу

Збільшення довіри з боку страхових та інвестиційних компаній

Отримання конкурентних переваг завдяки участі в тендерах

Покращення рівня конкурентоспроможності

Конкурентні та іміджеві ознаки

Покращення рівня фінансової та виробничої дисципліни

Покращення фінансових показників, результативності та ефективності діяльності

Можливість укладання довгострокових контрактів з постачальниками

Підвищення якості медичних послуг

Загальні параметри діяльності

Рис.3.1. Класифікація вигод від встановлення сучасної системи менеджменту якості в закладах системи охорони здоров’я в Україні

У системі управління якістю клініки результати лікування, діагностики та інших клінічних втручань об’єднуються у два взаємопов’язані процеси: організація та лікування. Ці відносини є елементом стратегічного розвитку клініки.

У процесі лікування для пацієнта надзвичайно важливо не тільки те, що він приймає, а й те, як він це сприймає. Розуміння характеристик якості медичної допомоги — це двоступенева модель, яка включає технічні (що?) і функціональні (як?) фактори якості [18].

Технічні фактори – те, що отримує пацієнт, лікування, діагностика тощо: втручання; методи дослідження; методи післяопераційної реабілітації; методи терапевтичної реабілітації.

Функціональні фактори – як пацієнт отримує медичну допомогу. Ці фактори оцінюються через сприйняття за такими критеріями: надійність, співчуття, гострота, гострота свідомість.

Однією з ключових вимог нової версії стандартів серії ISO 9000 є технічний метод, який дозволяє керівництву та співробітникам на початковому етапі впровадження системи управління якістю дивитися на свої клініки з іншого боку, чітко визначаючи обов’язки, повноваження, ресурси та інформація. І менеджмент. Цей метод не виключає існуючу систему управління, а, навпаки, визначає шляхи вдосконалення та поступового переходу до процесної системи управління.

Тому організація повинна:

-Процес, необхідний системою менеджменту якості та його застосування в організації;

-Визначити послідовність цих процесів та їх взаємодію;

- Визначити стандарти та методи, необхідні для цих процесів та управління ними для отримання результатів;

-Забезпечити доступність ресурсів та інформації для підтримки цих процесів;

-виміряти та аналізувати ці процеси;

-Вжити необхідних заходів для досягнення запланованих результатів і постійно вдосконалювати ці процеси.

Вибір процесу, класифікація та визначення параметрів процесу - у процесі переходу до організації процесів та управління підприємством індивідуальна і досить складна робота. Тому останнім важливим етапом роботи є узгодження результатів класифікації між власником процесу та власником бізнесу.

Процес клінічного управління якістю можна класифікувати за призначенням: процес управління; основний процес; моніторинг, вимірювання, вдосконалення та процес розвитку; підтримка процесів/ресурсів.

Процес управління, включаючи процес забезпечення конкурентоспроможності, виживання та розвитку клініки, а також регулювання її поточної діяльності, а також процес управління клінікою. Процес управління включає стратегічне планування, управління фінансами, управління якістю послуг, управління персоналом, управління маркетингом, управління документами та угодами.

Основний процес – це процес, безпосередньо спрямований на отримання доходу. Після виходу основного процесу ми отримали здорового та задоволеного клієнта. Відмінною особливістю цих процесів є те, що вони приносять стратегічно важливий дохід. Основний ідентифікований процес – це всі процеси, пов’язані з клієнтом: консультування, лабораторні випробування та експлуатація.

Процес вимірювання, аналізу, вдосконалення та розвитку включає процеси, спрямовані на довгострокову прибутковість та клінічне вдосконалення та розвиток. Таким чином, процес вимірювання, аналізу та вдосконалення включає процеси, пов’язані з вимірюванням задоволеності пацієнтів, процесом внутрішнього аудиту, моніторингом процесу, управлінням порушеннями, коригувальними та запобіжними заходами.

Використовуються основні принципи допоміжних процесів.Допоміжні процеси – це процеси, на які клієнти не витрачають гроші, але вони необхідні для роботи клініки.

До допоміжних процесів належать усі процеси, пов’язані із забезпеченням ресурсами та обслуговуванням інфраструктури: юридичні процеси, управління інфраструктурою та виробничим середовищем, програмне забезпечення та комп’ютери, адміністрування та управління, закупівля медичних матеріалів та медичного обладнання.

Кожен процес пов'язаний умовами управління, які забезпечуються необхідними вимірюваннями та коригувальними заходами в процесі, встановленням повноважень і відповідальності, а також стандартами виконання конкретного процесу.

Рекомендується розробити систему управління якістю клініки на основі стандартів [14] для надання комплексної оцінки, яка може базуватися на суб’єктивній думці пацієнтів. Для оцінки можна використовувати наступні критерії:

зручність роботи клініки;

зручність системи призначення зустрічей

чистота клініки;

люб’язно надано послуги медичним персоналом;

якість медичного обладнання;

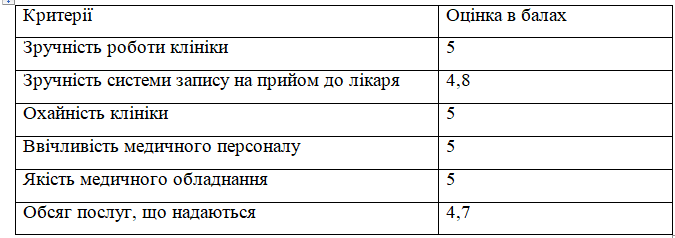
обсяг та асортимент пропонованих послуг;

конфіденційність в процесі перевірки.

Головним стандартом медицини є здоров’я людини. Система управління якістю пов’язує вирішення внутрішніх проблем із потребами та очікуваннями пацієнтів [36].

Таблиця 3.1

Частина результатів оцінки діяльності Верховинського сільського комітету Верховинська багатопрофільна лікарня у 2020 році за 5-бальною шкалою



Основні показники основного клінічного процесу можна розділити на такі категорії:

За фінансовими показниками:

-Сума доходу;

- Вартість послуги;

За клієнтськими та маркетинговими показниками:

-Кількість пацієнтів;

-Обясг наданих послуг;

-Рівень задоволеності пацієнтів;

-Термінові рамки надання послуг;

-Люди та ресурси:

-Запровадити бонусну систему;

- Частка атестованих працівників;

-Відсоток працівників, які пройшли навчання з системи менеджменту якості.

Ці методи розвитку системи управління сучасними медичними закладами є основою для роботи багатьох розвинених медичних клінік за кордоном.

**3.2. Застосування комплексу методів та інструментів для підвищення якості надання медичної допомоги**

Методи та системи засобів підвищення якості медичної допомоги можна розділити на дві категорії. Першу групу складають якісні методи (методи управління), другу — кількісні методи (математичні статистичні методи). Підраховано, що сформульовано, впроваджено та задіяно близько 70 методів управління та понад 200 статистичних методів, які використовуються в принципах управління якістю організації [8].

Кількісні методи передбачають збір кількісних даних за допомогою структурованих інструментів, які відповідають певним категоріям і класифікаціям. У порівнянні з кількісними методами, при використанні якісних методів фокус зміщується зі структурованого та точного вимірювання на вивчення, аналіз та інтерпретацію поведінки, явищ і ситуацій [25].

У версії ВООЗ термін «інструменти управління якістю» застосовуються з метою позначення наступних категорій [27]:

1) Методи вимірювання, оцінки, забезпечення та підвищення якості та безпеки;

2) Програма «послідовний крок», розроблена для поетапного застосування методу, має чітку послідовність: структурна структура «план-дія-перевірка-корекція», команда покращення якості, модель Ленглі, цикл клінічного огляду;

3 ) Методи, засновані на питаннях якості та безпеки з використанням інтегрованих методів, таких як реструктуризація, «маршрут пацієнта» та порівняння зі стандартами;

4) Методи оцінки якості на рівні всієї організації (наприклад, система «Винагорода за якість» Європейського фонду управління якістю);

5) система управління та забезпечення якості;

6) Різні заходи, спрямовані на підвищення якості та безпеки, включаючи практичні поради, автоматичні системи доставки ліків, системи підтримки прийняття рішень, портативні пристрої, наприклад, негайного запрошення пацієнтів на регулярні огляди;

7) Національна політика або стратегії якості, наприклад системи догляду за пацієнтами.

Інструменти та кількісні методи управління ЯМР є основними засобами контролю якості. Вони відіграють важливу роль в об’єктивній оцінці кількісних та якісних характеристик процесу охорони здоров’я, що в свою чергу дозволяє оцінити результати реальної роботи ЗОЗ та порівняти їх із нормативами з метою виявлення можливостей подальшого розвитку. покращити Методи та інструменти кількісного управління ЯМР – це інструменти та методи статистичної оцінки, які зосереджені на виявленні вразливостей ЯМР, а не на визначенні їх причин чи формулюванні заходів для усунення цих вразливостей.

Вони передбачають:

а) Інструменти збору даних: опитування пацієнтів (опитувальник Пікера, анкета Servkval) та медичних працівників; огляд медичних документів; огляд статистичних звітів;

б) Інструменти оцінки даних: індикатори якості та безпеки, стандарти, збалансована система показників;

в) Метод аналізу та представлення даних: форма представлення даних (гістограма, діаграма Парето, діаграма Ісікави, діаграма розсіювання, контрольна діаграма), статистичний контроль процесу.

Опитування зазвичай зосереджені на оцінці аспектів охорони здоров’я, які є найбільш важливими для пацієнтів і населення в цілому. Стандартизовані опитування дозволяють оцінити певні аспекти досвіду та задоволеності пацієнтів. Характер опитування дуже різний: від опитувань за межами Центру охорони здоров’я до опитувань за стратифікованими вибірками в країні. Дослідники з Гарвардської медичної школи розробили та випробували стандартизований метод виявлення проблем, пов’язаних із пацієнтами та їхнім досвідом користування послугами. Спочатку анкета використовувалася для опитування госпіталізованих пацієнтів та їхніх родичів по телефону в США, а пізніше використовувалася як анкета Пікера в Австралії, Канаді та інших країнах Європи [31].

Метод Servqual є частиною моделі відмінності якості послуг. У ньому наголошуються основні параметри оцінки клієнтом неінфекційних захворювань та поточні очікування пацієнта щодо процесу взаємодії з ЗОЗ [27]. Метод Servqual, описаний у [14], простий і зручний у використанні, це анкета, що складається з трьох частин: «очікування», «сприйняття» та «важливість». Кожна частина анкети містить 17 запитань, згрупованих навколо п’яти характеристик якості послуг: релевантність, надійність, чутливість, переконання та співчуття. Перевірка медичної документації дозволяє оцінити ЯМД на основі фактичних даних, наведених у первинних бухгалтерських документах. Огляд статистичних звітів дає можливість порівняти показники та отримати часові ряди для вивчення процесу ЯМР. Експерти ВООЗ вважають, що існує багато загальних показників, які можна використовувати для оцінки процесу, кінцевих результатів і впливу цілеспрямованих удосконалень ЯМР [28].

Оцінка на основі стандартів дозволяє визначити відповідність існуючим стандартам ЯМР. Стандартизація показників важлива не лише для оцінки в рамках ТЕЦ, а й під час процесу порівняльного оцінювання різних видів діяльності ТЕЦ у проблемі НМС. Іншими словами, стандарти є засобом досягнення встановленого рівня якості, тому їх можна контролювати. Збалансована система показників дозволяє оцінити ЯМР за допомогою чотирьох векторів: фінанси, клієнти, внутрішні процеси, навчання та зростання [32].

Статистичний контроль процесу дозволяє медичним працівникам постійно контролювати всі аспекти МРТ. Його суть полягає в тому, щоб лише аналізувати фактичні показники лікувального процесу (ЛП) для визначення статистичних сигналів серйозних відхилень у загальній картині НМС та визначення факторів, що призводять до відхилень. Гістограми, діаграми розсіювання, діаграми Парето, діаграми Ісікава та контрольні діаграми є найбільш часто використовуваними інструментами аналізу та відображення даних. Гістограма є інструментом, який дозволяє візуально оцінити розподіл розсіювання даних і визначити основні напрямки вдосконалення ЯМР. Гістограма в основному використовується для аналізу значення вимірюваного параметра, але її також можна використовувати для оцінки ефективності процесу.

Діаграма Парето – це стовпчаста діаграма, яка застосовується з метою візуалізації факторів, що розглядаються, у порядку зростання (убування). Ця діаграма дозволяє нам оцінити пріоритети серед питань управління ЯМР. Вирішальною перевагою цього інструменту є можливість розділити фактори, що впливають на НМС, на важливі та неважливі. Діаграма Парето показує важливість впливу кожного фактора на всю проблему. Діаграма Парето використовується, коли ви хочете представити відносну важливість усіх проблем або умов, щоб вибрати вихідну точку для вирішення проблем, відстежити результат або визначити першопричину проблеми. Для вивчення зв’язку між двома змінними використовуються діаграми розсіювання, які дозволяють визначити тип і близькість зв’язку між парами пов’язаних змінних. Точкова діаграма — це діаграма, яка виявляє кореляцію (статистичну кореляцію) між різними факторами, що впливають на ЯМР. Характер кореляційної залежності, що визначається типом розсіювання, дає уявлення про те, як зміниться один параметр при певних змінах іншого параметра.

Контрольна діаграма — це інструмент, який дозволяє відстежувати та впливати на характер процесу, який забезпечує MD, щоб запобігти його відхиленню від вимог стандарту процесу. Контрольна діаграма - це різновид графіка, який відрізняється наявністю контрольних меж.Контрольні межі - це допустимий діапазон змін характеристик за стабільних умов процесу. Перевищення контролю означає, що стабільність процесу підривається, і причину необхідно проаналізувати та вжити відповідних заходів. Контрольні карти з якісними та кількісними характеристиками. Діаграма кількісних характеристик відображає конкретні виміряні значення параметрів процесу (температура, маса тощо). Карта якісних ознак відображає загальну зміну всього процесу. Постійне використання контрольної карти допомагає виявити фактори, що призводять до відхилень від стандарту, та усунути їх наслідки [10].

Причинно-наслідкова діаграма Ісікави є інструментом для аналізу ситуації, отримання інформації та впливу різних факторів на основний процес. Діаграма – це метод графічної організації факторів, що впливають на об’єкт аналізу. Він може зрозуміти не тільки фактори, що впливають на об’єкт дослідження, а й причинно-наслідкові зв’язки цих факторів. В основі діаграми лежить визначення (постановка) задачі, що розв’язується.

Етап побудови діаграми Ісікавы:

1) Чітке визначення проблеми;

2) Визначити всі можливі причини шляхом незалежного аналізу ситуації або використання досвіду цільової групи;

3) Враховуючи складові діаграми, згрупуйте причини проблеми;

4) Візуальний зв'язок між усіма причинами та самою проблемою, а також короткий опис причин, коли це необхідно;

5) Використовуйте діаграму для подальшого визначення можливих причин;

6) Проаналізуйте дані діаграми та розв’яжіть причини, які необхідно вивчити в першу чергу.

Отже, інструменти статистичної оцінки дозволяють визначити коло проблем, які слід вирішити в процесі управління МРТ.

Якісні методи управління ЯМР-інструменти управління та методи-аналізу та інструменти управління для визначення причини відхилення в процесі ЯМР та формулювання заходів щодо покращення:

а) Зведений метод експертних висновків на основі експертної технології: груповий рейтинг; метод Delphi; просте голосування; метод номінальної групи; метод «мозкового штурму»; B {1}} б) Інструмент планування та впровадження організаційних змін: планування змін Загальні інструменти ( управління проектами, аналіз «силового поля», методичні пропозиції щодо впровадження організаційних змін та якісного економічного аналізу;

в) метод ЯМР-оцінки рівня ТЕЦ (система EFQM; метод оцінки ISO 9000);

г) методи клінічного огляду;

д) Порівняльний аналіз.

Метод «мозкового штурму» полягає в обговоренні проблеми групою експертів. Проте жодна із запропонованих ідей не підлягає критиці. Метод номінальної групи також використовується для визначення найкращого рішення проблеми. Умовами застосування цього методу є: участь експертів, які раніше не співпрацювали; здатність переглядати ідеї, які генеруються в процесі співпраці; експерти не повинні мати офіційних стосунків; експерти спілкуються один з одним, тому ця ідея ніби відокремлена. від автора.

Метод Delphi реалізується як багаторівневий процес дослідження, який обробляє результати кожного раунду та повідомляє їх експертам, які працюють незалежно один від одного. Надайте експертам запитання та формули відповідей, які не потребують аргументації. Наприклад, відповідь може включати числові оцінки параметрів. Обробіть отримані оцінки, щоб визначити середню оцінку та граничну оцінку. Повідомити експертів про результати першого раунду дослідження та вказати місце розташування кожного класу. Якщо оцінка відхиляється від середньої, експерт висуває заперечення. Пізніше (у другому турі) експерти змінили оцінку та пояснили причину коригування. Результати обробляються та повідомляються експертам. Якщо розрахункова вартість буде відхилятися від середньої, експерти прокоментують її. Раунди повторюються, поки рахунок не стабілізується. [5]

Групове рейтингування базується на зваженій сумі особистих рейтингів, а вага — це відносні здібності експертів [20].

Голосування як процес висловлення думок (ставлення) при вирішенні задачі додавання ЯМР є простим і номінальним. Просте голосування (тобто позиція виборця не фіксується) може проводитися таємно або публічно. Використання анонімної анкети для проведення простого таємного голосування може зберегти позицію експерта з цього питання повністю конфіденційною. Перекличка зазвичай здійснюється в таких ситуаціях: вирішення спорів, вирішення принципових проблем, моральний тиск на іншу сторону [21].

Експертні технічні методи характеризуються високою вартістю застосування та складністю збору експертів; деякі методи цієї групи мають тривалий цикл прийняття рішень. Тому в контексті постійно мінливої ​​динаміки розвитку сфери охорони здоров’я ці методи слід використовувати для визначення стратегічного напряму сфери управління НММ. Управління проектами передбачає використання проектної методології для реалізації стратегічних планів і планів змін, що дає можливість зосередитися на досягненні цілей розвитку та забезпечити відповідну організаційно-ресурсну підтримку реалізації планів МРТ. Сьогодні реалізація принципів аналізу та управління проектами в системі управління NMN є необхідним інструментом для підтвердження раціональності управлінських рішень [19].

Метод аналізу силового поля представляє кожну проблему як рівновагу двох силових систем у протилежних напрямках. Щоб підвищити ефективність ведення МРТ, необхідно змінити ситуацію з рівноваги на падіння опору. Використання якісних методів економічного аналізу в секторі охорони здоров’я може визначити можливість економії ресурсів, деякими з яких все ще може займатися підрозділ. Система EFQM використовується для присудження Європейської нагороди якості ТЕЦ, яка реалізує принципи повного управління якістю. Оцінка ЯМР у цій системі базується на 9 стандартах, які поділяються на дві категорії: стандарт випадковості та стандарт результату.Кожен стандарт поділено на кілька підстандартів. Перші п'ять критеріїв описують потенціал організації, інші чотири - досягнуті результати. Метод ISO 9000 забезпечує оцінку НПП ТЕЦ на основі стандартів. Вимоги стандарту якості ISO 9001:2000 чітко визначаються чотирма елементами: відповідальність керівництва, управління ресурсами, надання послуг, вимірювання, аналіз і вдосконалення.

Тому деякі інструменти (наприклад, мозковий штурм) слід використовувати для ефективного вирішення щоденних проблем удосконалення ЯМР. Менеджери охорони здоров’я повинні орієнтуватися у своїй ситуації. Інструменти управління ЯМР, такі як методичні поради, розрахунок витрат на забезпечення якості (аналіз економічної якості), статистичний контроль процесу тощо, вимагають спеціальної підготовки для організаторів охорони здоров’я.

Клінічний огляд – це процес удосконалення ЯМР шляхом систематичної перевірки наданої МД з використанням чітко визначених стандартів та наступних змін. На основі огляду та ретроспективної оцінки елементів структури, процесу та результатів МД визначити необхідність підвищення якості трансформації на індивідуальному, колективному чи організаційному рівні. Подальший тривалий моніторинг підтвердив або спростував доцільність зміни МД [16].

Клінічний аудит – це аналіз та оцінка ефективності медичної діяльності та її організаційної структури, перевірка дотримання персоналом лікарні лікувально-профілактичних заходів, дотримання правил, стандартів і правил амбулаторного лікування. Клінічний аудит є цілісною і безперервною підсистемою в системі охорони здоров’я, яка спрямована на постійне вдосконалення МРТ населення. Концепція клінічного аудиту заснована на ідеї зосередженості на постійному вдосконаленні клінічної практики на основі результатів аудиту.

Іншими словами, клінічний огляд є циклічним процесом з наступними етапами:

-Планувати або готуватися;

-аудит;

-Реалізація змін;

-Здійснити моніторинг.

Прикметною особливістю аудиту є те, що в процесі виявлення невідповідності рівня охорони здоров’я встановленому рівню він також вказує, які саме зміни необхідні в клінічній практиці для покращення ситуації. Іншими словами, основним напрямком клінічного огляду є безпосереднє покращення ЯМР [16, 17].

Порівняльний аналіз визначається як метод визначення найкращої практики, її аналізу та роботи над відновленням її ключових аспектів у певних середовищах. Це дає змогу порівнювати надані послуги та результати лікування, сприяти впровадженню змін, забезпечувати контроль якості та постійне підвищення якості послуг [22, 24].

Порівняльний аналіз визначив вектор опорних значень у системі ЯМР [26]. Порівняно з ефективністю найкращих у своєму класі організацій бенчмарк-тест визначає ефективність ТЕЦ, він демонструє, як ці організації можуть досягти такого високого рівня ефективності та використовувати отриману інформацію для покращення своєї діяльності, щоб стати українцем. Система управління НМС ТЕЦ Ефективний інструмент.

Вважаємо, що в реальних умовах України можливе та доцільне впровадження в діяльність ЗОЗ таких інструментів та методів боротьби з неінфекційними захворюваннями: методи статистичної оцінки якості, клінічних аудитів, порівняльного аналізу та моніторингу думки пацієнтів.

Використання методів статистичної оцінки дозволить контролювати рівень якості наданої МД. Цикл клінічного огляду дасть можливість виявити системні помилки в наданні медичних послуг. Моніторинг думок пацієнтів (задоволеність пацієнтів) дозволить виявити обґрунтованість/необґрунтованість претензій пацієнта щодо наданого МД. Використання контрольних показників як методу порівняння з найкращими практиками дозволить постійно покращувати ЯМР у ТЕЦ шляхом досягнення контрольних показників.

**3.3.** **Клінічний аудит у системі менеджменту якості медичної допомоги**

Існує багато медичних моделей управління якістю, заснованих на подібних виробничих моделях, які використовуються великими компаніями, такими як Toyota або моделі безпеки. Використовується в авіації, атомній промисловості тощо. Вони базуються на основних принципах управління-моніторингу окремих показників, їх аналізу та вдосконалення заходів. Тих самих принципів слід керуватися під час розробки планів підвищення якості лікарень та національної охорони здоров’я. Відповідно до відомої тріади Донабет в галузі охорони здоров’я, моніторинг структурних індикаторів, індикаторів процесу та показників наслідків (результату). обслуговування

.На рисунку 3.2. Показано результат використання методу діаграм Ісікави для побудови базової факторної системи забезпечення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров’я України.

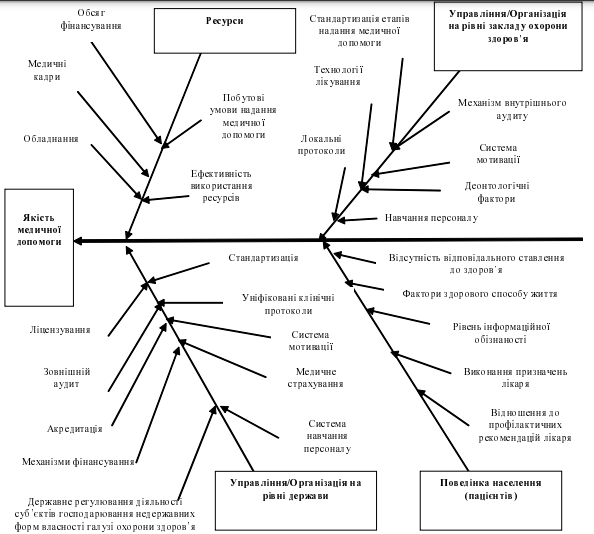


Рис.3.2. Система забезпечення рівня якості представлення медичних послуг у закладах охорони здоров’я

Загальна система основних детермінант забезпечення рівня якості медичних послуг в українських закладах охорони здоров’я складається з чотирьох груп факторів:

1. Ресурси - обсяг коштів, медичний персонал, обладнання, стан здоров'я, ефективне використання наявних ресурсів.

2. Управління на національному рівні – атестація, сертифікація, ліцензування, зовнішній аудит, механізм фінансування, національний нагляд за недержавною медичною допомогою, медичне страхування, система стимулювання та навчання працівників, медична угода.

3. Управління медичними закладами та закладами охорони здоров’я – місцеві угоди, методики лікування, формування доброзичливого середовища, внутрішні угоди, навчання та заохочення працівників, стандартизація етапу медичної допомоги.

4. Поведінка пацієнта – рівень інформованості, здоровий спосіб життя, ставлення до профілактичних порад лікаря, виконання призначень.

Функціонування моделі системи менеджменту якості медичної допомоги (рис. 3.3)

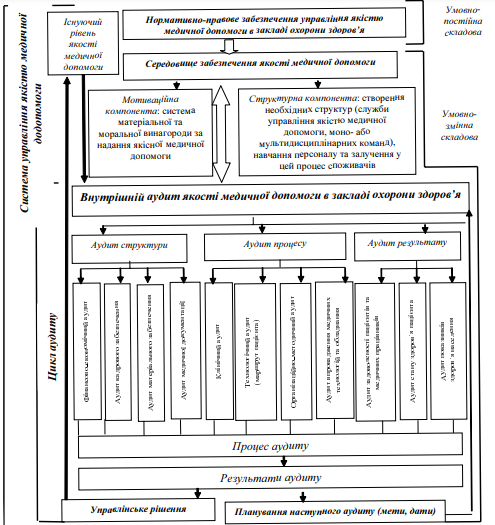


Рис.3.3. Загальна модель управління якістю медичної допомоги на основі проведення внутрішнього аудиту

Основними елементами цієї моделі є нагляд та юридична підтримка управління якістю медицини (умовно-постійний компонент), середовище для забезпечення медичної якості та цикл аудиту (умовно-змінний компонент).

Сучасний рівень медичної якості медичних закладів визначає зміст і тематику внутрішніх аудитів якості. У свою чергу, ефективність циклу внутрішнього аудиту залежить від поточного середовища забезпечення якості медичних послуг: змінюються структура та мотиваційні компоненти під впливом управлінських рішень, прийнятих після кожного аудиту, від нагляду та управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я. Юридична підтримка.

**Висновки розділу 3**

Для покращення ядерного магнітного резонансу необхідно використовувати сучасні засоби управління ядерним магнітним резонансом. В сучасних умовах реформування медичної системи України, ми вважаємо, що для покращення НМС рекомендовані такі інструменти та методи: клінічні аудити, контрольні тести, моніторинг думки пацієнтів, методи статистичної оцінки якості. Ефективне використання цих інструментів вимагає належної організаційної культури, належного навчання та освіти працівників, керівництва, лікарів та пацієнтів для участі в процесі трансформації.

Роботу Верховинської багатопрофільної лікарні ВЕРХОВИНСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ оцінили за нормативами 2020 року.

Наслідком цього аналізу є можливість керівництву клініки визначити стратегічні, тактичні та оперативні управлінські рішення для покращення догляду за пацієнтами. Головним стандартом медицини є здоров’я людини. Система управління якістю пов’язує вирішення внутрішніх проблем із потребами та очікуваннями пацієнтів.

Формування низки детермінант у системі управління якістю охорони здоров’я закладів охорони здоров’я заклало основу для можливих шляхів підвищення якості медичної допомоги. У дослідженні за допомогою методу діаграми Ісікава було визначено систему ключових факторів, що забезпечують якість медичної допомоги в українських закладах охорони здоров’я. Детермінантами якості медичної допомоги в українських закладах охорони здоров’я є такі групи, як ресурси, керівництво закладом охорони здоров’я та поведінка пацієнтів.

Організація та методичні методи управління якістю охорони здоров’я передбачають періодичну оцінку якості медичних послуг закладів охорони здоров’я та функціонування моделей системи управління якістю охорони здоров’я.

Сучасний рівень медичної якості медичних закладів визначає зміст і предметні сфери внутрішнього аудиту якості. У свою чергу, ефективність циклу внутрішнього аудиту залежить від поточного середовища забезпечення якості медичних послуг: структурних та мотиваційних компонентів, які змінюються під впливом управлінських рішень за результатами кожного аудиту; забезпечення управління якістю медичних послуг для охорони здоров’я. установи Нагляд та юридичний супровід.

**ВИСНОВКИ**

Під якістю медичної допомоги можна розуміти також процес взаємодії лікаря і пацієнта, заснований на професіоналізмі лікарів, тобто здатності знизити ризик прогресування захворювання та попередити нові патологічні процеси, оптимізувати використання медичних ресурсів, та забезпечити безпеку пацієнтів. задовольнити.

Методологія управління якістю медичної допомоги базується на чотирьох принципах: задоволення потреб і очікувань зовнішніх користувачів (пацієнтів) і внутрішні системні методи (медичні працівники), колективна робота, наукові методи.

Перевірка концептуальних положень, які мають лягти в основу управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я, свідчить про те, що:

-Зміни у сфері медичної допомоги та управління якістю медичних послуг залежать від зв'язку між медичними закладами та економічним державним сектором;

-Необхідно розвивати інституційну базу медичної допомоги та впроваджувати нові механізми залучення приватного та державного секторів економіки для забезпечення нормальної роботи медичних закладів та надання їм якісних послуг;

- Більшість проблем, пов’язаних з управлінням якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я, походять від системи, яка визначає логічність і доцільність системного методу, що дозволяє досліджувати систему як соціальну систему, безпосередньо пов’язану з іншими соціальними системами. ;

-Важливо врахувати результати досліджень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг у нормативних актах. Це зміцнить основи української моделі охорони здоров’я, орієнтованої на пацієнта, та зміцнить інституційну основу для управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я;

-Життєздатність зовнішнього середовища необхідно враховувати вплив його факторів, неефективне управління медичними та медичними закладами тощо, а також використовувати проектні методи цих закладів;

-Управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров’я має використовуватись як процес «ін’єкції» найбільш освічених, талановитих і нерегулярно мислячих людей у відділи та установи охорони здоров’я у цій сфері.

На основі оцінки контролю якості медичної допомоги в Україні визначено п’ять механізмів забезпечення медичної якості: примусова ліцензія медичних закладів; акредитація та сертифікація (може бути обов’язковою або добровільною); стандартизація (як правило, у національних стандартах та клінічних угодах є два види). ) Стандарти-обов'язкові та ідеальні) Прямий контроль якості, включаючи внутрішні та зовнішні аудити.

Аналіз показників здоров’я та якості української системи охорони здоров’я показує, що Україна є однією з країн з найгіршою системою охорони здоров’я в Європі. Рівень смертності в Україні посідає друге місце в Європі зі зростанням на 12,7% у період з 1997 по 2018 рік. У Європейському Союзі ця цифра скоротилася на 6,7%.

Збій української системи охорони здоров’я пов’язаний із застарілим станом закладів охорони здоров’я, які насправді не орієнтовані на пацієнта та не можуть надавати ефективні та якісні послуги.

Для покращення ЯМР необхідні сучасні інструменти управління ЯМР. В сучасних умовах реформування медичної системи України, ми вважаємо, що для покращення НМС рекомендовані такі інструменти та методи: клінічні аудити, контрольні тести, моніторинг думки пацієнтів, методи статистичної оцінки якості. Ефективне використання цих інструментів вимагає належної організаційної культури, належного навчання та освіти працівників, керівництва, лікарів та пацієнтів для участі в процесі трансформації.

Роботу ВЕРХОВИНСЬКОЇ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ «ВЕРХОВИНСЬКА СІЛЬСЬКА РАДА» оцінили за нормативами 2020 року.

Результати цього аналізу дозволяють керівництву клініки визначити стратегічні, тактичні та оперативні управлінські рішення для покращення догляду за пацієнтами. Головним стандартом медицини є здоров’я людини. Система управління якістю пов’язує вирішення внутрішніх проблем із потребами та очікуваннями пацієнтів.

Формування низки детермінант у системі управління якістю охорони здоров’я закладів охорони здоров’я заклало основу для можливих шляхів підвищення якості медичної допомоги. У дослідженні за допомогою методу діаграми Ісікава було визначено систему ключових факторів, що забезпечують якість медичної допомоги в українських закладах охорони здоров’я. Детермінантами якості медичної допомоги в українських закладах охорони здоров’я є такі групи, як ресурси, керівництво закладом охорони здоров’я та поведінка пацієнтів.

Організація та методичні методи управління якістю охорони здоров’я передбачають періодичну оцінку якості медичних послуг закладів охорони здоров’я та функціонування моделей системи управління якістю охорони здоров’я.

Сучасний рівень медичної якості медичних закладів визначає зміст і предметні напрями внутрішнього аудиту якості. У свою чергу, ефективність циклу внутрішнього аудиту залежить від поточного середовища забезпечення якості медичних послуг: структурних та мотиваційних компонентів, які змінюються під впливом управлінських рішень за результатами кожного аудиту; забезпечення управління якістю медичних послуг для охорони здоров’я. установи Нагляд та правове забезпечення.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Авраменко Н. В. Виникнення механізмів державного регулювання системи охорони здоров’я України. *Економіка та держава*. № 1. 2011. С. 96-99.
2. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров’я : монографія ; Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг : вид. Р.А. Козлов. 2017. 315 с.
3. Андрусів У. Я. Соціальна інфраструктура України: сучасні тенденції та перспективи розвитку. Інфраструктура ринку. 2020. Випуск 40, с.25-29.

# Балашов К.В. Ставлення громадян України до каналів комунікації про здоров’я: з 2012 по 2020 р. Україна. Здоров’я нації. [Том 1 № 2 (2021). DOI:<https://doi.org/10.24144/2077-6594.2.1.2021.235352>](http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/issue/view/14202)

1. Барзилович А.Д. Суб’єкти національного ринку медичних послуг в Україні. *Наукові перспективи.* №1 (1) 2020. С.17- 25.
2. Бєлих А., Пилипчук А., Моісеєва А. Реформи в галузі охорони здоров'я в Румунії: Гарвардський основний підхід*. Сучасні економічні дослідження*. 2018. № 1 (1). С. 51-61.
3. Бигар Т. В., О. В. Гук Впровадження інноваційного продукту: клієнтоорієнтований підхід . URL : <http://conf.management.fmm.kpi.ua/proc/article/view/124985>. (дата зверенення 15.01.2021)
4. Богомаз В. М. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров’я*. Український медичний часопис*. 2010. № 1 (75) І–ІІ. С. 12–26.
5. Васюк М. Органи публічного управління як суб’єкти надання послуг у медичній галузі України. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 12 С. 172–175.
6. Верба В. А., Загородніх О. А. Проектний аналіз : підручник. К. : КНЕУ, 2000. 322 с.
7. Войтович Р. Меритократія як новітня опція публічного управління в добу постмодерну. – URL : http://ipk.edu.ua/library/vid-period/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0 %B8%D0%BA.pdf (дата зверенення 15.01.2021)
8. Вороненко Ю. В., Горачук В. В. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у систему управління якістю медичної допомоги . *Український медичний часопис*. 2012. № 5. С. 108-110.
9. Горачук В. В., Гойда Н. Г. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров᾽я . URL : http://www.nbuv.gov. ua/old\_jrn/chem\_biol/sped/2012\_1/015-18.pdf (дата звернення 12.01.2021)
10. Данченко О. Б., Лепський В. В. Моделі стратегічного менеджменту медичних проектів проектно-орієнтованого медичного закладу. *Вісник Національного технічного університету "ХПІ". Серія: Стратегічне управління, управління портфелями, програмами та проектами* .Харків : НТУ "ХПІ", 2018. № 2 (1278). С. 45-52.
11. Державна політика у сфері охорони здоров’я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш ; передм. та заг.ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
12. Джигир Ю. Використання баз даних та методів статистичного контролю процесів (СКП) для контролю витрат, проведення інституційних реформ та покращення якості соціальних послуг. Проект «Сприяння реформі соціальних послуг в Україні». URL : http://fisco-id.com/download.php?m=an&l=ua&id=. (дата звернення: 15.12.2020).
13. Зима О. Т. Компетенція Національної служби здоров’я України: загальний огляд. Реформування системи охорони здоров’я: корупційні ризики та способи їх усунення : матеріали «круглого столу» (м. Харків, 5 груд. 2019 р.) / ред. кол. : Н.О. Гуторова, В.М. Пашков, В.С. Батиргареєва. Харків : Право, 2019. 124 c.
14. Зіменковський А. Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров’я в Україні. Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров’я. 2003. № 2. С. 42–45.
15. Знаменська М. А., Слабкий Г. О., Знаменська Т. К. Комунікації в охороні здоров’я/ Київ; 2019.
16. Карамишев Д. В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров’я*. Главний врач*. 2007. № 1. С. 86–91.
17. Квитко А.В. Управление качеством. М., 2005. 183 с.
18. Климчук А. О., Михайлов А. М. Мотивація та стимулювання персоналу в ефективному управлінні підприємством та підвищенні інноваційної діяльності. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2018. № 1. С. 218–234. DOI: 10.21272/mmi.2018.1-16