

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ІННОВАЦІЙНИХ ОСВІТНІХ
ТЕХНОЛОГІЙ**

Кафедра менеджменту,
публічного управління та персоналу

**СИСТЕМА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В
ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність «Менеджмент закладів охорони здоров'я»
Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Студен спеціальності «Менеджмент
закладів охорони здоров'я»
Голояд П.І.

(підпис)

Науковий керівник,
к.е.н., доц. **Кривокульська**

(підпис)

Кваліфікаційну роботу допущено до захисту
«__» _____ 2023 року
Зав. кафедри, д.е.н., професор
Шкільняк М.М.

Прізвище, ініціали _____ (підпис)

Тернопіль – 2023

ЗМІСТ

| | |
|--|-----------|
| Вступ..... | 3 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЯКІСТЮ ЇХ ПОСЛУГ | |
| 1.1. Якість послуг закладів охорони здоров'я як об'єкт управління..... | 5 |
| 1.2. Інституційні основи управління і контролю якості медичних послуг закладів охорони здоров'я..... | 16 |
| Висновки до розділу 1..... | 15 |
| РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я | |
| 2.1. Аналіз організаційно-функціонального забезпечення надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я..... | 16 |
| 2.2. Аналіз чинної практики надання медичних послуг і здійснення контролю їх якості на підприємстві..... | 21 |
| 2.3. Оцінка системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я..... | 27 |
| Висновки до розділу 2..... | 33 |
| РОЗДІЛ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я | |
| 3.1. Вдосконалення системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я через концептуалізацію..... | 35 |
| 3.2. Удосконалення інструментарію контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я..... | 41 |
| Висновки до розділу 3..... | 46 |
| Висновки..... | 48 |
| Список використаних джерел..... | 50 |
| Додатки..... | 55 |

Вступ

Актуальність теми дослідження. Пацієнтоорієнтованість системи управління закладами здравоохранної галузі означає надання якісних медичних допомоги і послуг. Для цього повинні здійснюватися: планування процесу надання послуг, його організація, мотивація надавачів послуг і контроль за кількістю і якістю продукуваних послуг. Контроль якості медичних послуг повинен бути системним процесом, який реалізується через цілеспрямовану діяльність суб'єктів, що використовують адекватний і дієвий інструментарій для цього. Причому, ця система контролю не повинна бути застиглою конструкцією, а зазнавати розвитку за усіма її елементами. Це, власне, визначає актуальність теми кваліфікаційної роботи.

Ступінь висвітлення в літературі. Питання: системи управління закладами здравоохранної галузі і наданням якісних медичних допомоги і послуг; функціонування систем моніторингу і контролю за роботою цих систем вивчали у своїх наукових дослідженнях Т.Желюк, А.Жуковська, Н.Кривокульська, М.Шкільняк та інші теоретики і практики. Однак, необхідність постійного вдосконалення системи контролю якості медичних послуг, оптимізації переліку критеріїв такого контролю посилює актуальність теми здійснюваного дослідження, її мети і завдань.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування і наведення практичних рекомендацій щодо вдосконалення системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Для досягнення мети ставились такі **завдання**:

- аргументувати і довести, що якість послуг закладів охорони здоров'я є об'єктом управління;
- вивчити інституційні основи управління і контролю якості медичних послуг закладів охорони здоров'я;
- провести аналіз організаційно-функціонального забезпечення надання медичних послуг підприємством;
- проаналізувати чинну практику надання медичних послуг і здійснення контролю їх якості на підприємстві;
- оцінити систему контролю якості медичних послуг в закладі охорони

здоров'я ;

- напрацювати напрями вдосконалення системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я через концептуалізацію;

-визначити напрями вдосконалення інструментарію контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є система контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні і прикладні питання вдосконалення система контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Для досягнення мети ми застосовували наступні **методи дослідження**: системного аналізу (для: аналізу організаційно-функціонального забезпечення надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я – розділ 2); методи теоретичного узагальнення (для з'ясування позицій науковців щодо змісту базових понять, які застосовуються у роботі – розділ 1); факторного аналізу (для оцінки факторів впливу, яку зумовлюють потребу або її відсутність в контексті вдосконалення системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я – розділ 2); структурного аналізу (для структурного презентування множини інструментів, використовуваних в процесі контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я – розділ 2).

Теоретична новизна кваліфікаційного дослідження розкривається в розвитку теоретичних положень щодо контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що практичні рекомендації, напрацьовані автором у дослідженні, є основою для подальшого розв'язання питання удосконалення системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Апробація результатів дослідження. За результатами роботи опубліковано тези у збірниках тез доповідей конференцій [3-4].

Структура та обсяг роботи. Випускна кваліфікаційна робота розміщена на 54 сторінках, включає три розділи, список використаних джерел із 43 позицій, 22 рисунки і 12 таблиць, додаток.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЯКІСТЮ ЇХ ПОСЛУГ

1.1. Якість послуг закладів охорони здоров'я як об'єкт управління

Питання якості послуг закладів охорони здоров'я як об'єкту управління вимагає з'ясування змістового наповнення понять: «послуга», «медична послуга» та «якість медичної послуги».

Змістове наповнення дефініції «послуга» ілюструє табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Змістове наповнення дефініції «послуга»

| № з/п | Зміст поняття |
|-------|--|
| 1 | 2 |
| 1 | - “будь-яка закупівля, крім товарів і робіт, включаючи підготовку спеціалістів, забезпечення транспортними засобами та засобами зв'язку, наукові дослідження, медичне та побутове обслуговування, поточний ремонт, а також консультаційні послуги; |
| 2 | - “комплекс медичних, психологічних, інформаційних заходів, спрямованих на створення сприятливих умов для реалізації права на професійну орієнтацію та підготовку, освіту, зайнятість”; |
| 3 | - “діяльність суб'єктів, яка не набуває матеріально-речової форми, і задовольняє певні потреби замовників – особисті, колективні, громадські. Вони є результатом різноманітної діяльності, що здійснюється виробником на замовлення будь-яких споживачів (окремих громадян, підприємств, організацій, підприємців), і, як правило, веде до зміни стану одиниць, які споживають ці послуги. Специфіка послуг як продукції полягає в тому, що послуги не накопичуються (за винятком окремих видів), не транспортуються, не існують окремо від виробників, тобто вони споживаються в основному в момент їх надання”; - “результат трудової діяльності, що відображається у корисному ефекті, особливий споживач вартості”. |
| 4 | - у сучасному українському законодавстві поняття “послуга” тлумачиться як закупівля (товар); результат взаємодії між постачальником і споживачем; певна діяльність чи її результат; обслуговування; різноманітні заходи, які здійснюються у різних сферах надання державних та муніципальних послуг, зокрема: охороні здоров'я; освіті; громадській безпеці; пожежній охороні; соціальному забезпеченні; працевлаштуванні; сфері житлово-комунальних послуг; транспортному обслуговуванні; сфері фінансових та юридичних послуг тощо |

Примітка. Сформовано на основі джерел [22; 34-35]

Якісне надання послуг означає врахування їх особливостей (табл. 1.2).

Особливості послуг

| № з/п | Особливості послуг |
|-------|---|
| 1 | 2 |
| 1 | Невідчутність. Особливість, пов'язана з невідчутністю послуг, пов'язана з тим, що на відміну від товару, послуга не має єдиного матеріального вираження, її не можна відчутти до моменту отримання (придбання). |
| 2 | Не збереженість (непридатність до зберігання). Виявляється в тому, що, на відміну від товару, послугу не можна зберігати. Не існує і не може існувати терміну "запаси послуг". Більше того, не можна виробити певну кількість послуг завчасно і зберігати їх до моменту виникнення попиту на них. |
| 3 | Особливість, пов'язана з невіддільністю від джерела надання (отримання) послуги , полягає у наступному. Послуга виробляється і споживається одночасно, а час виробництва і споживання послуги співпадає. Власне, невіддільність від джерела пов'язана з тим, що послуга виробляється і споживається одночасно. Таким чином, процеси виробництва і продажу послуги та її споживання знаходяться у прямому безпосередньому зв'язку із її виробником. При продажі послуги має значення не лише кінцева вигода, яку вона принесе споживачу, але і процес її надання. Це зумовлює підвищення вимог до виробника (продавця) послуг, особливо, медичних, зокрема: до вміння медичного закладу і його кадрів взаємодіяти з споживачами медичних послуг, контактувати з пацієнтами; до технічної кваліфікації (професійної обізнаності у медичній послугі, яку надає медичний персонал). |
| 4 | Непостійність послуги пов'язана з невіддільністю від джерела її надання. Виробник (джерело) послуги та її споживач є уособленням людського фактору, який є непостійним. Тому і одна й та сама послуга в різний час та (або) в різних місцях буде неоднаковою. Причини такої непостійності можуть бути пов'язані як з виробником послуги, так і її споживачем. Зі сторони виробника непостійність послуги може бути зумовлена: неоднаковим рівнем кваліфікації кадрів; різними вимогами з боку керівництва організації-виробників послуг до якості надання цих послуг; особистісні фактори (поганій настрій, хвороба тощо). Зі сторони споживача непостійність послуги може бути зумовлена: неоднаковими очікуваннями споживачів від однієї і тієї ж послуги; різними уявленнями отримувачів послуги про її оптимальну якість; особистісні фактори (різний стан здоров'я, неоднакові вікові характеристики та ін.). |
| 5 | Невизначеність послуги , оскільки та чи інша допомога стає необхідною в разі сформованої ситуації (приміром, погіршення стану здоров'я) і споживач не може знати завчасно коли і в якому об'ємі йому знадобиться послуга; |
| 6 | Мають публічний характер та надаються усім особам, які звертаються за їх отриманням; |
| 7 | Підвищені вимоги з боку держави до суб'єкта їх надання (наприклад, суб'єкт надання послуг повинен відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, мати ліцензію на заняття відповідною практикою, проходити акредитацію). |
| 8 | Індивідуальність, несталість та суб'єктивна оцінка якості. Приміром, якість медичних послуг формується шляхом поєднання та узгодження очікувань пацієнтів із сприйняттям від їх реального споживання, тому оцінка якості послуги є досить суб'єктивною. Крім того, необхідно враховувати, що одна і та ж сама медична послуга може дати зовсім протилежний ефект у різних людей. |

Сформовано автором з використанням джерел [16; 35-36]

Зміст понять «ринок медичних послуг» і «медична послуга» відображає табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Зміст понять «ринок медичних послуг» і «медична послуга»

| № з/п | Зміст поняття |
|-------|---|
| 1 | 2 |
| 1 | Система соціально-економічних відносин у сфері охорони здоров'я утворює ринок медичних послуг ; він являє собою суспільну форму організації й функціонування системи охорони здоров'я, що забезпечує економічні зв'язки різних суб'єктів продавців, покупців цих послуг, а також посередників, що обумовлені не тільки медичними, а й економічними інтересами. |
| 2 | Медична послуга — це вид професійної або господарської діяльності медичних закладів (організацій), фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною медичною практикою, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я (результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності. |

Сформовано за [25; 41]

Особливі ознаки і характеристики медичних послуг також вимагають їхнього урахування (рис. 1.1).

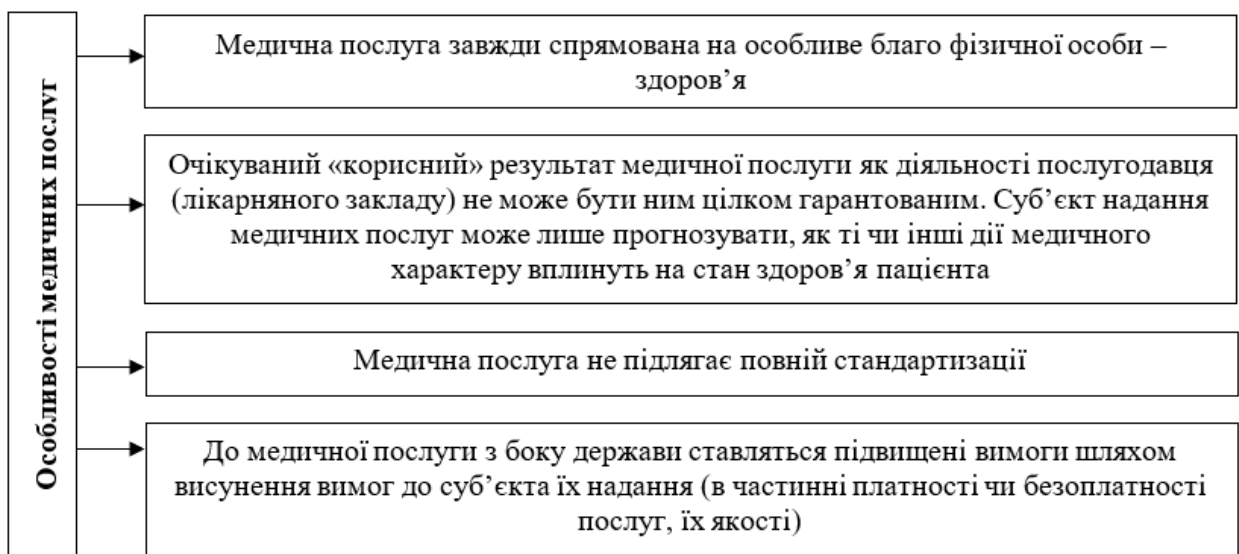


Рис. 1.1. Особливості медичних послуг

Примітка. Сформовано за [6]

Наведені на рис. 1.1 особливості можна доповнити з огляду на те, що ці медичні послуги можуть бути індивідуальними або ж загальними (загального користування) (табл. 1.4).

Особливості медичних послуг

| № з/п | Особливості послуг |
|-------|--|
| 1 | 2 |
| 1 | - медична послуга – це діяльність (сукупність дій), яку можуть здійснювати не всі особи. Пропонуючи таку послугу, до виконавця законом пред'являються підвищені вимоги до кваліфікації. Саме це є основою для видачі ліцензії на здійснення діяльності суб'єкту господарювання. Таким чином “медична послуга” – це професійна діяльність чи сукупність професійних дій; |
| 2 | - будь – яка діяльність здійснюється для досягнення певної мети. Пацієнт (замовник), звертаючись до лікаря, має на меті усунення певних психофізіологічних негативних проявів свого організму (третьої особи). Медична діяльність базується на “об’єктивній потребі людей у збереженні та відтворенні свого тілесного існування”; |
| 3 | - за загальним правилом медична послуга не має матеріального результату. У той же час вона може бути поєднана зі створенням матеріального компонента. Але, як зазначалось, останній не являє собою самостійну матеріальну цінність, а входить як складова до способу лікування; |
| 4 | - як правило, результат послуги не може бути гарантований виконавцем. Це пояснюється двома чинниками: по-перше, медична послуга являє собою не односторонні дії виконавця, а також зустрічні дії з боку пацієнта; а по-друге, необхідно враховувати індивідуальні особливості кожного людського організму. Проте, специфіка правового регулювання медичних послуг зумовлена тим, що досягнення реального результату має певне юридичне значення. Вказівка на об’єктивну можливість досягнення результату повинна включатися в поняття медичної послуги, що має практичне значення при вирішенні питання про належне чи неналежне здійснення виконавцем своїх обов’язків; |
| 5 | - медична послуга, будучи об’єктом цивільних прав, має визначену вартість, тому її надання супроводжується еквівалентним обов’язком з її оплати. Оплата включає витрати виконавця на її надання та його винагороду. |

Примітка. Сформовано за [36]

Змістове наповнення поняття «якість медичної послуги» розкриває рис. 1.2.

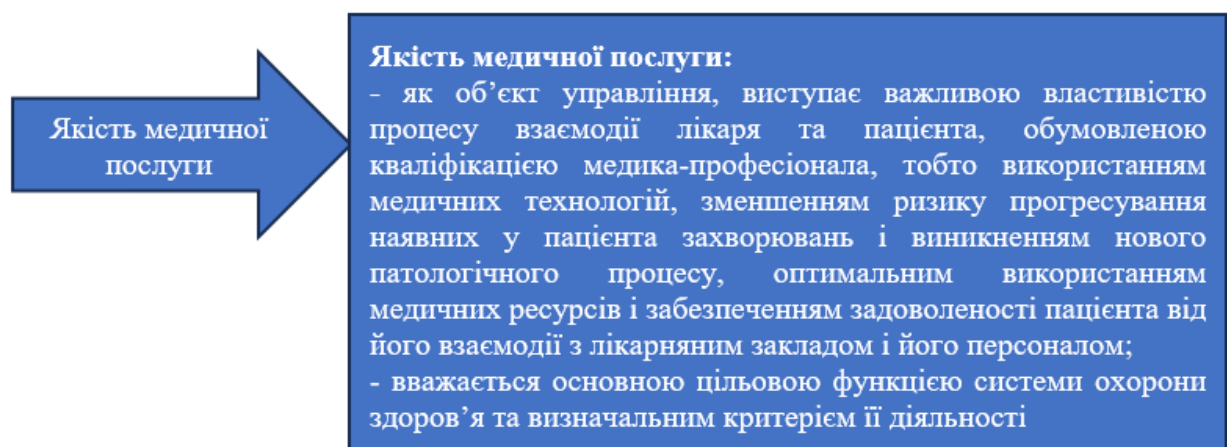


Рис. 1.2. Змістове наповнення поняття «якість медичної послуги»

Примітка. Сформовано за [36]

Необхідність забезпечення надання якісних медичних послуг визначають такі причини (рис. 1.3).

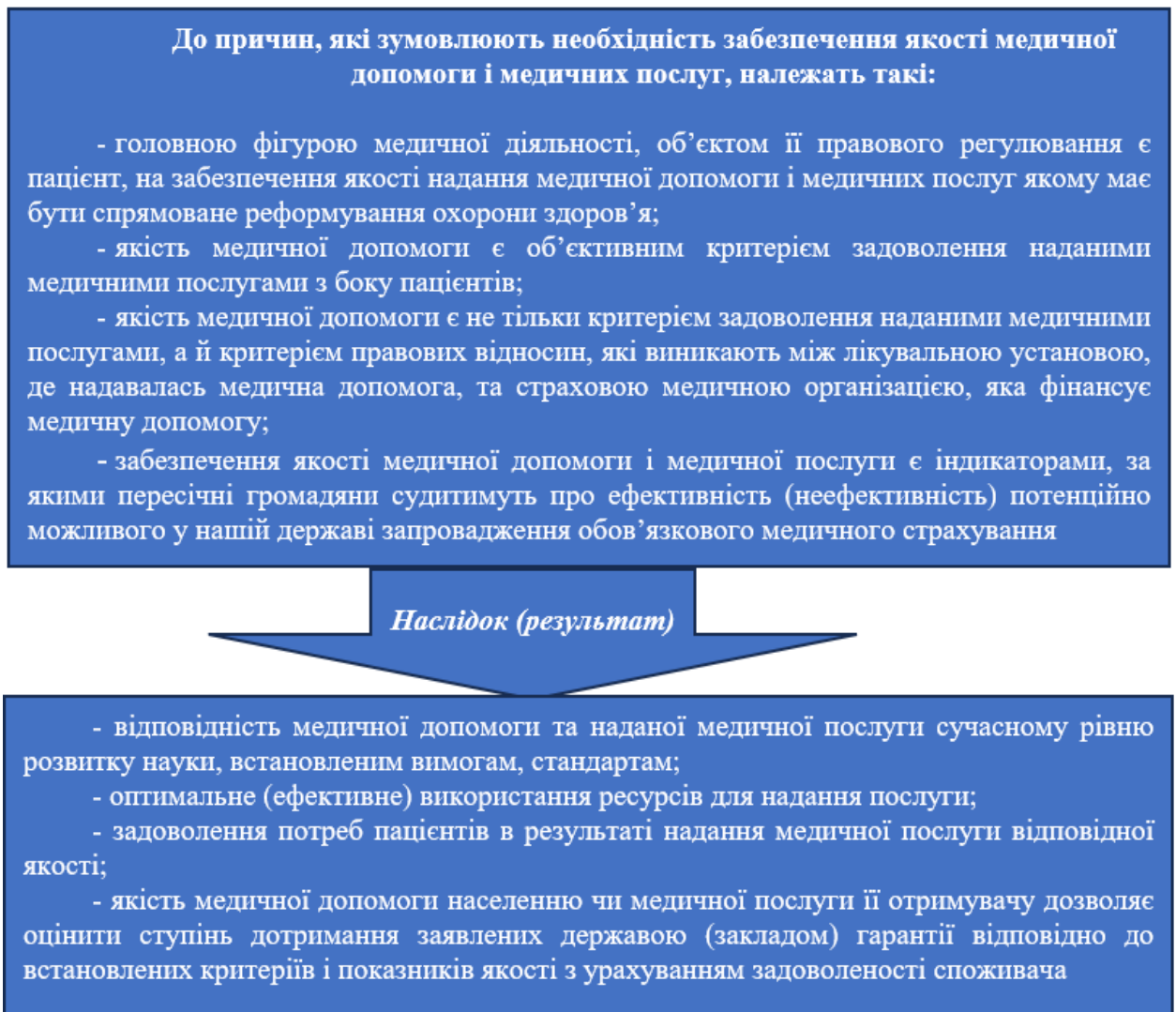


Рис. 1.3. Забезпечення надання якісних медичних послуг: причинно-наслідковий зв'язок

Примітка. Сформовано за джерелами [6; 33]

Отже, якість послуг закладів охорони здоров'я є вкрай важливим об'єктом управління, оскільки вона дозволяє отримати множинний результат, зокрема, у вигляді:

- безпеки пацієнтів;
- створення цінності для пацієнтів (у вигляді здоров'я), суспільства (у вигляді здорового суспільства), закладу охорони здоров'я (у вигляді іміджу і

репутації) і його працівників (їх імідж і репутація, підвищення професійного рівня);

- задоволеності пацієнтів;
- підвищення ефективності лікування і діяльності закладу в цілому;
- відповідності продукованих (наданих) послуг медичним стандартам та доказовій медицині;
- інноватизації лікувальних процесів (якісніше надання медичних послуг вимагає використання інновацій технічного, інфраструктурного, інформаційного характеру).

1.2. Інституційні основи управління і контролю якості медичних послуг закладів охорони здоров'я

Інституційні основи управління і контролю якості медичних послуг закладів охорони здоров'я утворюють суб'єкти такого контролю й їх законодавчий та нормативно-правовий супровід.

Основи законодавства України про охорону здоров'я [24] є найважливішим документом здравооохоронної сфери. Разом з іншими актами законодавства він утворює законодавство України у здравооохоронній сфері. Це законодавство врегульовує питання правового, соціально-економічного, організаційного, інформаційного, етичного та іншого характеру в сфері охорони здоров'я.

Опираючись на структурний підхід, представимо законодавство України, яке пов'язане із забезпеченням надання якісних медичних послуг, наступним чином (рис. 1.4).

Оскільки об'єктом кваліфікаційного дослідження є система контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я, систематизуємо ті нормативно-правові акти, де зафіксовано особливості вирішення питань побудови цієї системи та її вдосконалення.

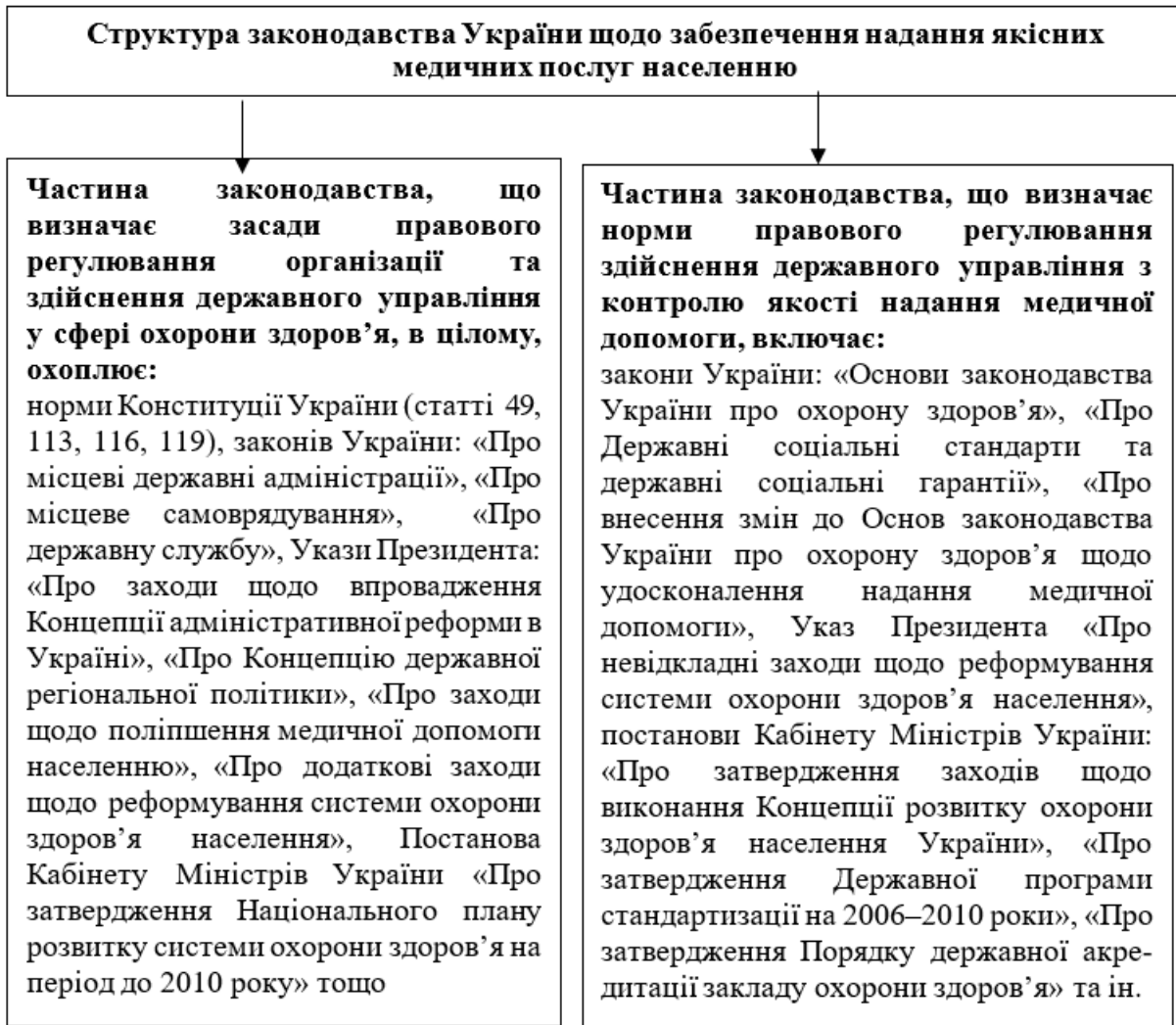


Рис. 1.4. Структура законодавства України, яке пов'язане і врегульовує питання забезпечення надання якісних медичних послуг
 Примітка. Сформовано за [24]

Ілюстрацією цього є табл.1.5.

Законодавчі і нормативно-правові документи, що містять положення стосовно моніторингу і контролю якості медичних послуг в Україні

| Назва документа |
|--|
| 1 |
| <p>Функції моніторингу і контролю якості медичної допомоги і медичних послуг в Україні відображені в таких законодавчих і нормативно-правових документах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». Законом надано законодавчого статусу акредитації закладів охорони здоров'я тощо; 2. Програмі економічних реформ в Україні на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Програмою передбачено ряд |

завдань з підвищення якості медичного обслуговування, зокрема, розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг;

3. Програмі медичних гарантій;

4. Стратегії сталого розвитку України до 2023 року;

5. Наказах МОЗ України:

- «Про організацію клініко–експертної оцінки якості медичної допомоги»;
- «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги»;
- «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України»;
- «Про порядок контролю якості медичної допомоги»;
- «Про внесення змін до наказу МОЗ від 02.02.2011 р. № 49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»;
- «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». Концепцією, зокрема, визначено клінічний аудит невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості медичної допомоги, а цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги, відповідно положенням документу, потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості;
- «Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року»;
- «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я»;
- «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» та багатьох інших.

Примітка. Сформовано автором на основі вивчення нормативно-правових актів

Окремі важливі позиції документу [24] ілюструє рис. 1.5.

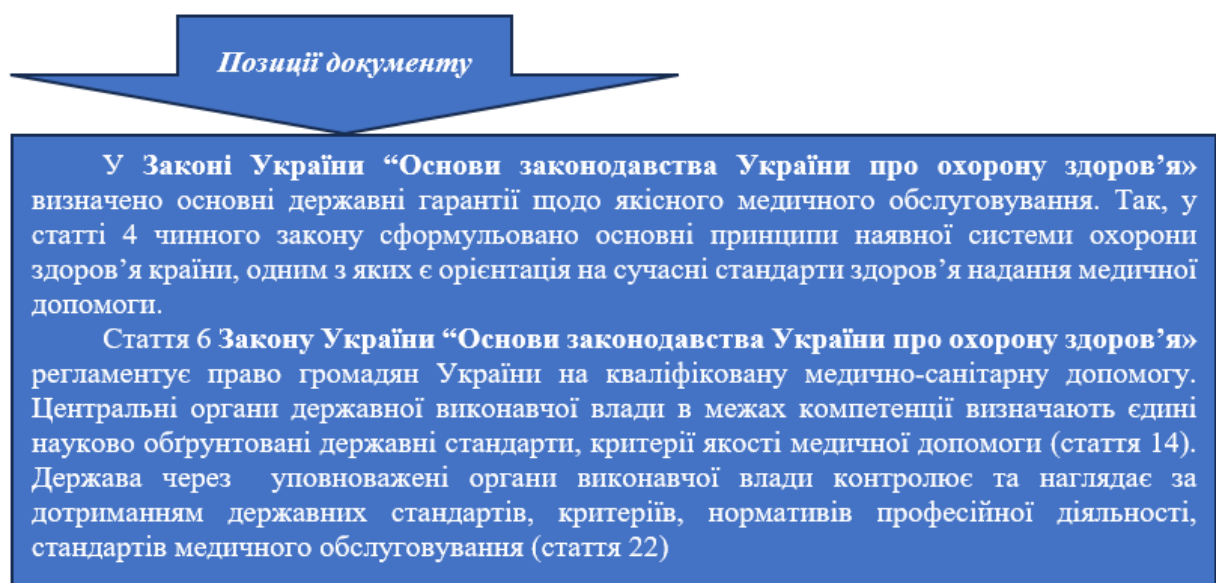


Рис. 1.5. Окремі важливі позиції документу [24]

Питання забезпечення функціонування системи контролю якості медичних послуг в закладах охорони здоров'я прямо пов'язане з системою стандартів медичної допомоги. Цю систему утворюють як державні соціальні нормативи, так і галузеві стандарти (рис. 1.6).

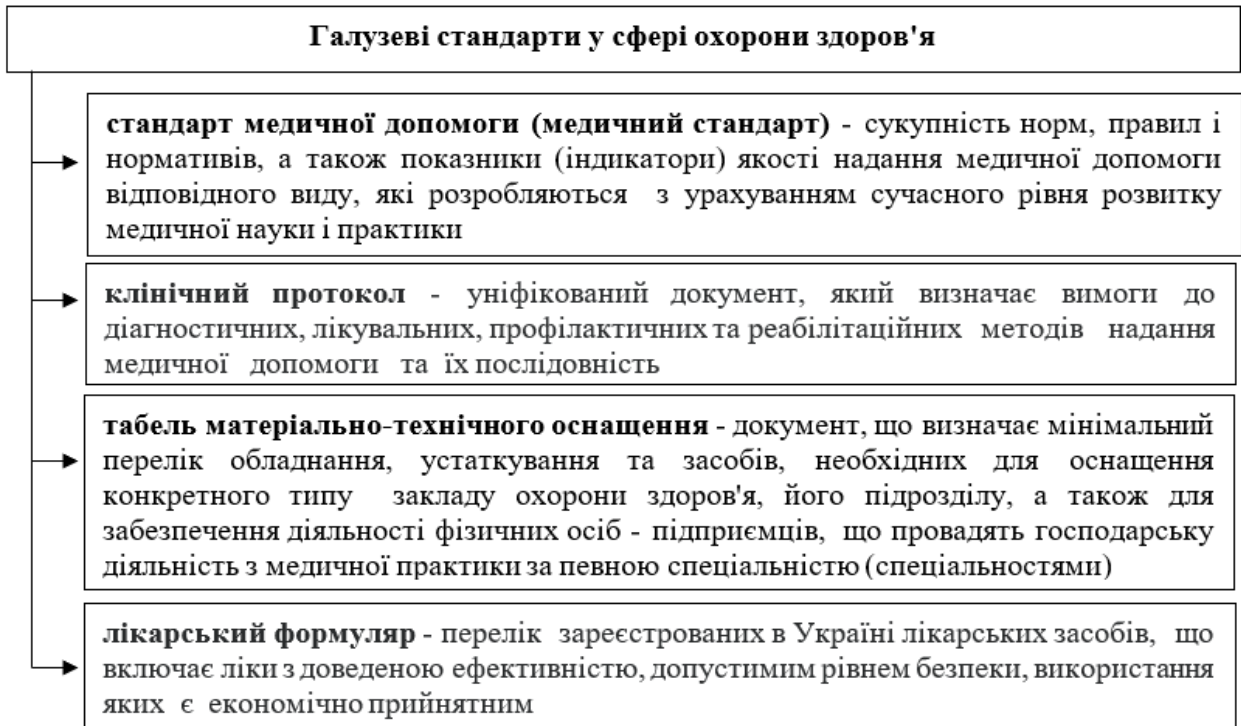


Рис. 1.6. Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я

Примітка. Сформовано з використанням джерела [28]

Для здійснення оцінки якості медичних допомоги і послуг визначено перелік показників (рис. 1.7).

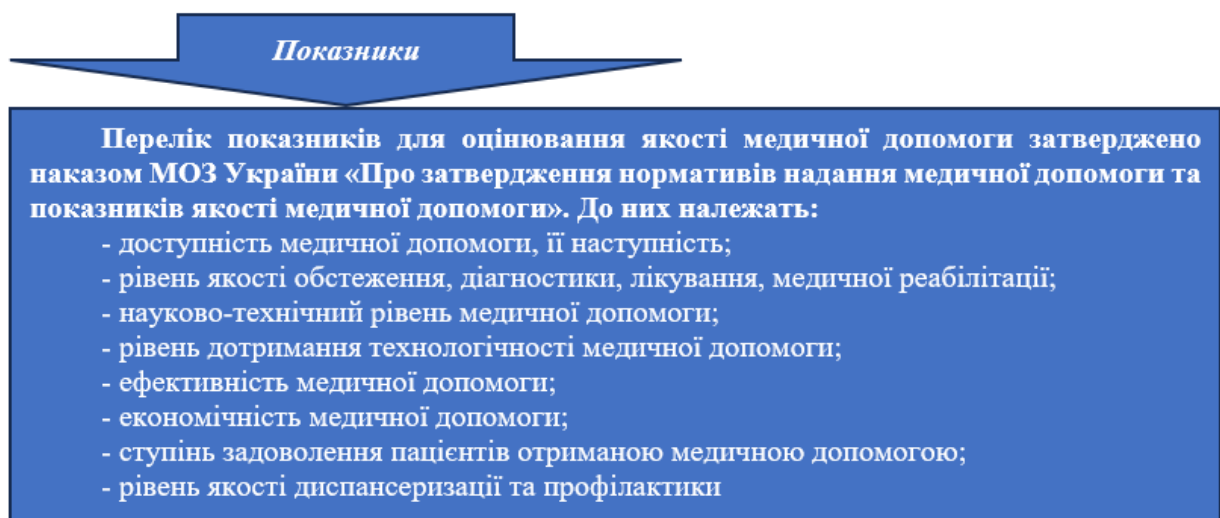


Рис. 1.7. Показники, котрі використовуються для здійснення оцінки якості медичних допомоги і послуг

Примітка. Наведено за [29]

У цих та інших актах законодавства бачимо, що реформування сфери охорони здоров'я та якості медичних послуг пройшло ряд етапів (табл. 1.6) і напрямів (рис. 1.8).

Таблиця 1.6

Етапність реформування сфери охорони здоров'я

| Етапи формування системи охорони здоров'я | Нормативно-правові акти | Основні напрями реформування |
|---|---|--|
| 1991-1999 рр. | Конституція України; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [9]; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей» [7] | Визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я в Україні |
| 2000-2007 рр. | Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [5]; Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» [16]; Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [19]; Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я») | Початок упровадження інституту сімейного лікаря, боротьба з найбільш поширеними та серйозними захворюваннями, вдосконалення медичного обслуговування, спроби запровадження страхової медицини, впровадження стандартів лікування на основі доказової медицини, розвиток недержавного сектору медицини |
| 2008-2014 рр. | Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 рр. [17]; оновлений Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [9] | Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Стандартизація, ліцензування та акредитація медичних закладів |
| 2015-2020 рр. | Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки [8]; Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [12] (автономізація постачальників медичної допомоги) та інші | Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг. Запровадження нових форм фінансування медичних закладів та оплати праці медичних працівників. Запровадження гарантованого державою пакета медичних послуг. Створення єдиного замовника медичних послуг. Автономізація постачальників медичної допомоги. Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом». Запровадження соціального медичного страхування. Розбудова сучасної системи управління медичною інформацією |

Примітка. Взято із [2]

Векторність процесу реформування здоров'я охоронної сфери ілюструє рис. 1.8.

Таким чином, аналіз інституційних основи управління і контролю якості медичних послуг закладів охорони здоров'я дозволяє констатувати, що вони

сформовані і враховують сучасні тенденції розвитку медичної галузі.



Рис. 1.8. Векторність процесу реформування здравооохоронної сфери
Примітка. Взято із [2]

Їх формування відбувалося у декілька етапів, що дозволило забезпечити пацієнтоорієнтованість здравооохоронної сфери.

Висновки до розділу 1

1. Вивчення змістового і діяльнісного навантаження поняття «якість медичних послуг» та «контроль якості медичних послуг» дозволило встановити, що вони дозволяють забезпечити: цінність, задоволеність і безпеку для споживача послуг, покращити імідж і репутацію закладу охорони здоров'я, який їх надає, та отримати інші переваги для усіх зацікавлених сторін.

2. Проведений аналіз інституційних основи управління і контролю якості медичних послуг закладів охорони здоров'я показав, що ці основи зазнають реформування, одним із напрямів якого є якість медичних послуг. Паралельно розв'язуються питання стандартизації й нормування, акредитації, автономізації, цінового регулювання, інформаційного забезпечення.

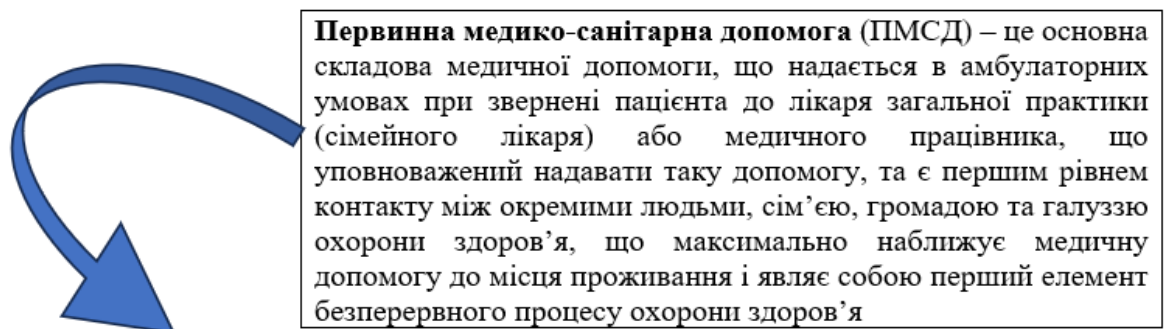
РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз організаційно-функціонального забезпечення надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я

Зміни в управлінні територіальним розвитком, реформування медичної сфери демонструють позитивні ефекти в громадах і їх здоровоохоронній галузі. Так, було здійснена автономізація закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) та трансформування в новий статус комунальних неприбуткових підприємств (КНП). Ці підприємства є елементом (частиною) комунального сектору економіки територіальної громади. А тому господарська діяльність КНП і управління нею реалізується шляхом здійснення територіальною громадою організаційно-господарських повноважень щодо суб'єктів господарювання, в тому числі, закладів охорони здоров'я, які знаходяться у її комунальній власності.

Досліджуваним підприємством є некомерційне комунальне підприємство «Скалатський медичний центр» (НКП «Скалатський медичний центр»), який надає первинну медичну допомогу (ПМД), зміст і функції якої розкриває рис. 2.1.



З позиції функціонального навантаження первинна медична допомога передбачає:

- консультативну допомогу;
- проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, проведення профілактичних заходів;
- направлення пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної або третинної медичної допомоги

Рис. 2.1. Змістове і функціональне навантаження ПМСД

Примітка. Наведено за [9]

Опираючись на інформацію рис. 2.1, доцільно акцентувати на змісті організації надання первинної меддопомоги на сільських територіях (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Зміст і особливості організації надання первинної меддопомоги на сільських територіях

| № з/п | Зміст і особливості |
|-------|--|
| 1 | 2 |
| 1 | <p>Принципи організації лікувально-профілактичної допомоги міському і сільському населенню єдині. Проте тип розселення сільського населення, характер сільськогосподарського виробництва, стан шляхів сполучення і зв'язку, забезпеченість транспортом та інші чинники зумовлюють ряд особливостей організації медичної допомоги сільському населенню.</p> |
| 2 | <p>Групи факторів, що впливають на організацію медичного забезпечення сільського населення:</p> <ul style="list-style-type: none"> - соціально-економічні умови; - медико-демографічні; - медико-соціальні; - природні умови. |
| 3 | <p>Основні особливості організації медичної допомоги сільському населенню:</p> <ul style="list-style-type: none"> - етапність; - велика питома вага долікарської допомоги; - створення пересувних форм лікувально-профілактичної допомоги для наближення кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги до місця проживання жителів віддалених сіл (хуторів). |
| 4 | <p>Основні етапи надання медико-санітарної допомоги сільському населенню:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I етап - сільська лікарська дільниця, яка забезпечує первинну медико-санітарну допомогу. До її складу входять: амбулаторія сімейного лікаря, фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) або медичний кабінет (МК). - II етап - районні медичні спеціалізовані заклади, які надають в основному вторинну (спеціалізовану) допомогу (первинна допомога на цьому етапі надається лише жителям районного центру та прилеглих до нього сіл - приписної дільниці). Основний заклад – центральна районна лікарня. - III етап - обласна лікарня та диспансери, вони забезпечують консультативну висококваліфіковану та вузькоспеціалізовану допомогу. |

Примітка. Представлено за джерелом [9]

Обов'язки лікарів первинної ланки систематизовані на рис. 2.2.

| Обов'язки лікарів первинної ланки (сімейний лікар, терапевт, педіатр) |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Безпосереднє надання первинної медичної допомоги пацієнтам. • Формування та контроль виконання плану обстежень та лікування, аналіз результатів досліджень, призначення медичних препаратів та інших лікувальних заходів. • Надання медичної допомоги пацієнтам у невідкладному стані. • Направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. • Координація роботи з іншими ланками медичної допомоги. • Ведення пацієнтів, що хворіють на соціально небезпечні інфекційні захворювання відповідно до законодавства. • Здійснення імунопрофілактики відповідно до чинного законодавства. • Консультування щодо здорового способу життя. • Проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань. • Оцінка індивідуальних ризиків захворювань і консультування з питань профілактики. <p>Розробка індивідуальних програм обстеження та спостереження за здоров'ям.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Інформування пацієнта щодо національних скринінгові програм та виконання інших функцій відповідно до законодавства або до програми. • Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю. • Здійснення медичного догляду за здоровою дитиною. • Ведення хворих із психічними розладами, зокрема, враховуючи рекомендації спеціаліста |

Рис. 2.2. Обов'язки лікарів первинної ланки

Примітка. Сформовано за [32]

Мета (рис. 2.3), предмет діяльності НКП «Скалатський медичний центр» та інші питання, які стосуються його функціонування, закріплені Статутом (див. додаток А).

| Мета діяльності НКП «Скалатський медичний центр» |
|--|
| <p>Основною метою створення Підприємства є надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що проживає на території Скалатської ТГ та інших громад і населених пунктів, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я.</p> |

Рис. 2.3. Мета діяльності підприємства

Примітка. Наведено за інформацією підприємства

Витяг із Статуту досліджуваного підприємства, у якому систематизовано питання контролю якості медичних послуг, що належать до предмету його діяльності, представлено в табл. 2.2.

Питання, які пов'язані з наданням якісної медичної допомоги населенню, також закріплені у Статуті в розділі «Права і обов'язки підприємства».

**Витяг із Статуту досліджуваного підприємства, у якому
систематизовано питання контролю якості медичних послуг, що
належать до предмету його діяльності**

| № з/п | Предмет діяльності |
|---------------|---|
| 1 | 2 |
| 18 позицій | <ul style="list-style-type: none"> - медична практика з надання первинної медичної допомоги населенню; - забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку; - планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансерного спостереження населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення дієвого лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; - консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя; - взаємодія з суб'єктами надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення дієвого лікування хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта; - забезпечення дотримання принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; - упровадження нових форм та методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів; - проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності; - участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя; - участь у визначенні проблемних питань надання первинної медичної допомоги у Скалатській ТГ та шляхів їх вирішення; - надання рекомендацій органам місцевого самоврядування щодо розробки планів розвитку первинної медичної допомоги у Скалатській ТГ; - визначення потреби структурних підрозділів Підприємства та населення у лікарських засобах, виробках медичного призначення, медичному обладнанні та транспортних засобах для забезпечення населення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою; - моніторинг забезпечення та раціональне використання лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та транспортних засобів; - забезпечення підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників Підприємства; - залучення кваліфікованих медичних працівників для надання первинної медичної допомоги, в тому числі лікарів, що працюють як фізичні особи – підприємці, підтримка професійного розвитку медичних працівників; - закупівля, зберігання та використання ресурсів, необхідних для надання медичних послуг, зокрема лікарських засобів, обладнання та інвентарю; - координація діяльності лікарів із надання первинної медичної допомоги з іншими суб'єктами надання медичної допомоги, зокрема закладами вторинної та третинної медичної допомоги, санаторіїв, а також з іншими службами, зокрема соціальними службами та правоохоронними органами; - надання платних послуг з медичного обслуговування населення відповідно до чинного законодавства України. |

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

Для виконання досліджуваним підприємством функцій та завдань створена його організаційна структура. Вона містить:

- адміністративно-управлінський відділ;
- допоміжні підрозділи, у тому числі господарчі;
- лікувально-профілактичні підрозділи (амбулаторії).

У межах сформованої оргструктури вибудовуються лінійні і функціональні зв'язки (рис. 2.4).

| Зміст побудови лінійних і функціональних зв'язків в рамках організаційної структури управління підприємством |
|---|
| <p>Лінійні зв'язки формуються з приводу прийняття і реалізації управлінських рішень і руху інформації між лінійними керівниками (наприклад, директором і головним бухгалтером).</p> |
| <p>Функціональні зв'язки вибудовуються в процесі реалізації функцій управління. Залежно від цього можна виділити повноваження: лінійних керівників, штабного персоналу і функціональні повноваження. Повноваження лінійних керівників дають право вирішувати всі питання розвитку підпорядкованих їм підрозділів, а також віддавати розпорядження, обов'язкові для виконання іншими працівниками і її підрозділами (наприклад, повноваження керівника). Повноваження штабного персоналу обмежуються правом планувати, рекомендувати або допомагати (але не наказувати іншим членам колективу виконувати їх розпорядження).</p> <p>У випадку, коли працівнику управлінського апарату надається право приймати рішення і здійснювати дії, що виконуються лінійними керівниками, він отримує функціональні повноваження</p> |

Рис. 2.4. Зміст лінійних і функціональних внутрішніх організаційних зв'язків підприємства

Примітка. Сформовано автором з використанням джерела [18]

НКП «Скалатський медичний центр» надає медичну допомогу населенню Скалатської міської територіальної громади. Досліджуване підприємство є суб'єктом реалізації делегованих громаді повноважень.

Місця надання медичних послуг досліджуваним підприємством ілюструє рис. 2.5.

З рис. 2.5 бачимо, що місцевому населенню надається ПМСД на засадах сімейної медицини у амбулаторіях ЗПСМ. Вони є структурними підрозділами досліджуваного підприємства.











| НЕКОМЕРЦІЙНЕ КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "СКАЛАТСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР" | | |
|---|--|--|
| МІСЦЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ | | |
| Черговий кабінет ПМД |  Л.Українки, 3, Скалат Показати на карті |  Сб - Нд: 09:00 - 15:00 |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини с.Старий Скалат |  Шевченка, 34, Старий Скалат Показати на карті |  Пн - Пт: 09:00 - 16:45 |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини м.Скалат |  Л.Українки, 3, Скалат Показати на карті |  Пн - Пт: 09:00 - 16:45 |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини с.Остап'є |  Зацерква, 1, Остап'є Показати на карті |  Пн - Пт: 09:00 - 16:45 |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини с.Новосілка |  Колгоспна, 19А, Новосілка Показати на карті |  Пн - Пт: 09:00 - 16:45 |
| Амбулаторія загальної практики сімейної медицини с.Колодівка |  Центральна, 22А, Колодівка Показати на карті |  Пн - Пт: 09:00 - 16:45 |

Рис. 2.5. Місця надання послуг НКП «Скалатський медичний центр»

Примітка. Сформовано за [10]

У контексті питання організаційно-функціонального забезпечення надання медичних послуг і контролю їх якості на підприємстві, акцентуємо на тому, що важливе місце у цьому процесі відводиться директору. Йому підпорядковуються рівні і ланки управління ЗОЗ, він координує їх роботу та ін.

Таким чином, проведений аналіз організаційного і функціонального видів супроводу надання НКП «Скалатський медичний центр» медичних послуг показав, що, загалом воно сформоване. Воно є частиною системи контролю якості медичних послуг, аналіз якої ми здійснимо у параграфі 2.2. кваліфікаційної роботи.

2.2. Аналіз чинної практики надання медичних послуг і здійснення контролю їх якості на підприємстві

Для реалізації контролю якості медичних послуг на НКП «Скалатський медичний центр» необхідні ресурси (кадрові, фінансові та інші).

Інформація щодо кадрового ресурсу (штату лікарів і середнього медичного персоналу) підприємства наведена в табл. 2.3-2.4.

**Інформація щодо штату лікарів НКП «Скалатський медичний центр»
станом на 31.12.2022р.**

| | Номер рядка | Усього облікова кількість осіб на 31.12.22 | У тому числі на основній роботі в закладах підготовки кадрів, НДІ та апараті органів управління | Із загальної кількості лікарів (графа 1), які мають кваліфікаційну категорію | | |
|---|-------------|--|---|---|----------|----------|
| | | | | вищу | I | II |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Лікарі | 1 | 10 | | 2 | 2 | 3 |
| у тому числі жінок | 2 | 8 | | 1 | 2 | 3 |
| із загальної кількості – лікарі сільських адміністративних районів | 3 | 10 | | 2 | 2 | 3 |
| із загальної кількості – лікарі з організації і управління охорони здоров'я (соціал- гігієністи) | 4 | 1 | | | | |
| у тому числі статистики | 5 | | | | | |
| терапевти - усього | 6 | 1 | | | | 1 |
| у тому числі дільничні міських дільниць | 7 | 1 | | | | 1 |
| педіатри | 8 | 1 | | | | |
| у тому числі міських дільниць | 9 | 1 | | | | |
| загальної практики – сімейний лікар | 10 | 7 | | 2 | 2 | 2 |
| Із загальної кількості лікарів - працюють на основній роботі в закладах, які підпорядковані: центральним органам виконавчої влади | 11 | | | х | х | х |
| обласним, міським та іншим органам виконавчої влади | 12 | 10 | | 2 х | 2 х | 3 х |

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства (форма 17 річна)

¹Примітка. Із загальної кількості лікарів: осіб пенсійного віку 3; працюють у сільській місцевості 4.

В складі НКП «Скалатський медичний центр» знаходиться 5 амбулаторій загальної практики сімейної медицини (АЗПСМ), одна з яких міська і знаходиться в м.Скалат, а інші сільські (розміщені в с.Новосілка, с.Старий Скалат, с.Колодіївка, с.Остап'є). Первинну медичну допомогу надають 7 лікарів загальної практики - сімейних лікарів, 1 лікар-терапевт і 1 лікар-педіатр. Лікарями та середнім медичним персоналом вони в цілому забезпечені.

**Інформація щодо штату середнього медичного персоналу НКП
«Скалатський медичний центр» станом на 31.12.2022р.**

| А | Б | Усього облікова кількість осіб на 31.12.22 | Із загальної кількості середніх медичних працівників, які мають кваліфікаційну категорію | | |
|---|----------|--|--|----------|----------|
| | | | вищу | I | II |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1.Середній медичний персонал | 1 | 25 | 7 | 1 | 1 |
| медичні сестри в усіх закладах | 5 | 25 | 7 | 1 | 1 |
| інструктори-дезінфектори | 6 | | х | х | х |
| лаборанти (фельдшери-лаборанти) | 7 | | | | |
| зубні техніки | 8 | | | | |
| рентгенотехніки | 9 | | х | х | х |
| рентгенолаборанти | 10 | | | | |
| медичні статистики | 11 | | | | |
| інші | 12 | | | | |
| 2.Фармацевти в лікувально- профілактичних закладах, закладах підготовки кадрів, НДІ та апаратах органів управління | 13 | | | | |
| Фармацевти в інших закладах | 14 | | | | |
| 3.Інструктори-методисти з лікувальної фізкультури з вищою немедичною освітою | 15 | | х | х | х |
| Інструктори з лікувальної фізкультури (без медичної освіти) | 16 | | х | х | х |
| Молодші медичні сестри для догляду за хворими | 17 | | | | |
| 4.Із загальної кількості середніх медичних працівників-жінок | 18 | 24 | 7 | 1 | 1 |
| 5. Із загальної кількості медичних сестер (рядок 5) – медичні сестри загальної практики – сімейної медицини | 19 | 23 | 5 | 1 | 1 |

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства (форма 17 річна)

¹Примітка. Із загальної кількості середнього медперсоналу: осіб пенсійного віку 2; працюють у сільській місцевості 8.

Інформація про медичні кадри НКП «Скалатський медичний центр» за станом на третій квартал 2023 року подана в табл. 2.5.

Щодо інформаційних ресурсів, то слід зазначити, що на підприємстві забезпечено постійний доступ до мережі інтернет (широкосмуговий).

Стосовно матеріально-технічних ресурсів зазначимо, що підприємство оснащене згідно документу [27].

**Інформація щодо медичних кадрів НКП «Скалатський медичний центр»
за 2023 рік**

| Найменування посад | Номер рядка | Кількість посад у цілому в закладі | | у тому числі в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації | | Кількість штатних працівників у цілому в закладі на зайнятих посадах, осіб |
|---|-------------|------------------------------------|--------------|--|--------------|--|
| | | штатних | зайнятих | штатних | зайнятих | |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Лікарі, усього | 1 | 11.00 | 10.00 | 11.00 | 10.00 | 10.00 |
| У тому числі: загальної практики-сімейної медицини | 2 | 7.00 | 7.00 | 7.00 | 7.00 | 7.00 |
| Середній медперсонал, усього | 3 | 27.00 | 21.00 | 27.00 | 21.00 | 21.00 |
| Усього посад | 4 | 50.75 | 42.25 | 50.75 | 42.25 | 41.00 |

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства (форма 20 річна)

¹Примітка. Кількість фізичних осіб-спеціалістів з вищою немедичною освітою – основних працівників, які займають посади: лікарів-лаборантів 1, лікарів-статистиків 2, лікарів з лікувальної фізкультури 3, психологів 4.

З метою посилення матеріально-технічного забезпечення медичного центру спільно з Скалатською міською радою прийнято і впроваджуються два програмних документи (рис. 2.6).

| |
|---|
| <p>Програмні документи, які впроваджуються НКП «Скалатський медичний центр» спільно з Скалатською міською радою</p> |
| <p>1. «Програма впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань та порядок забезпечення людей з інвалідністю та дітей з інвалідністю технічними та іншими засобами на 2023р.».</p> <p>2. «Програма розвитку первинної медичної допомоги Скалатської об'єднаної територіальної громади на 2023 рік».</p> |

Рис. 2.6. Програмні документи, які реалізуються

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

Аналіз чинної практики здійснення контролю якості медичних послуг у Скалатському медичному центрі дозволяє вказати на її позитиви, які відображаються у наступному:

- лікарі успішно працюють в МІС «Medics», запущено електронну реєстратуру і пацієнти можуть самостійно записатись на прийом, не виходячи з дому в онлайн режимі;

- лікарі сільських амбулаторій пройшли навчання і використовують в своїй діяльності портативні телемедичні діагностичні комплекси;

- у центральній амбулаторії лікар-терапевт пройшов курси по функціональній діагностиці, завдяки чому він надає послугу щодо розшифрування кардіограм;

- сімейні лікарі пройшли курси підвищення кваліфікації за тематичними напрямами «Туберкульоз на первинному рівні» і «Надання паліативної допомоги».

Важливо вказати на те, що у 2023 р. підприємство може надавати медичні послуги у відповідності з укладеними договорами з НСЗУ по пакетах послуг № 1, 24, 41 та 51.

Суми за договорами НКП «Скалатський медичний центр» представлені в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Суми за договорами НКП «Скалатський медичний центр» за 2023 рік

| № з/п | Назви укладених з НСЗУ договорів | Суми за договорами, грн. |
|-------|---|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | № 1 «Первинна медична допомога» | 8 989 216 |
| 2 | № 24 «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям» | 2 941 554 |
| 3 | № 41 «Супровід та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні надання медичної допомоги» | 8350 |
| 4 | №51 «Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги» | 29646 |
| 5 | Усього | 11 968 766 |

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

У результаті укладення договору по пакету № 51 всі медпрацівники підприємства пройшли навчання на платформі Академія НСЗУ «Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги з використанням mhGAP».

Структура НКП «Скалатський медичний центр» відповідає спроможній мережі надання первинної медичної допомоги в Скалатській територіальній громаді.

Крім того, структура підприємства, професійний склад медичного персоналу дозволяє надавати якісні послуги і здійснювати результативну роботу за наступними напрямками:

- надання ПМСД;
- консультування пацієнтів у домашніх умовах (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Робота лікарів поліклініки (амбулаторії), диспансеру, центру первинної медико-санітарної допомоги, консультації, вдома

| Найменування | Номер рядка | Кількість відвідувань лікарів включно з профілактичними | | Кількість відвідувань лікарями пацієнтів удома, усього | У тому числі дітей віком 0-17 років включно (із графі 3) |
|--------------|-------------|---|---|--|--|
| | | усього | у тому числі дітьми віком 0-17 років включно (із графі 1) | | |
| А | Б | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Усього | 1 | 20055 | 6344 | 1417 | 68 |

Примітка. Сформовано за інформацією підприємства

Отже, практика надання досліджуваним медичним центром якісних медичних послуг і контролю за якістю цих послуг є позитивною. Однак, процес надання підприємством цих послуг у сільській місцевості зіштовхується з множиною викликів і проблем, які притаманні й іншим територіальним громадам, зокрема:

- нестача кадрових ресурсів. Сільські райони часто стикаються з нестачею лікарського персоналу й сучасного обладнання. На це вказує

недоукомплектування штату лікарського і медсестринського персоналу медичного центру (див. табл. 2.5);

- віддаленість від медичного центру окремих сіл іноді ускладнює швидку реакцію на невідкладні ситуації;

- недостатнє інформування. Мешканців сільських громад слід активніше інформувати з питань доступних медичних послуг, профілактичних заходів і програм і т. ін.

Розв'язання цих проблем вимагає комплексного підходу, який відобразиться в удосконаленні транспортної і соціальної інфраструктури, підвищенні медичної грамотності жителів, особливо, у сільській місцевості.

2.3. Аналіз системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я

Система контролю якості медичних послуг на досліджуваному підприємстві представлена:

- суб'єктним складом, який діє на принципах, покладених в основу здравооохоронної галузі (рис. 2.7), і реалізує контроль (НСЗУ, адміністративно-управлінський і медичний персонал, споживачі послуг, інші стейкхолдери);

- об'єктом контролю (якість медичних послуг);

- інструментами і показниками контролю;

- внутріструктурними і зовнішньоорганізаційними зв'язками.

Разом з тим, заклади охорони здоров'я є елементом системи організації управління в сфері охорони здоров'я, а їх діяльність залежить від принципів, які покладені в основу реформування цієї сфери (рис. 2.7).

Досліджуване підприємство є частиною систем вищого рівня (сфери охорони здоров'я держави, регіону), а тому його система контролю якості медичних послуг також є частиною однойменної системи вищого рівня.

Для систематизації показників контролю якості медичних послуг на різних ієрархічних рівнях звернемось до інформації НСЗУ, яка розміщена на офіційному сайті цієї служби.

| Принципи реформування сфери охорони здоров'я |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги шляхом створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі – центрів ПМСД) та госпітальних округів з урахуванням особливостей адміністративних територій (щільності та характеру розселення населення, стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, їх профілю та структури медичних послуг) та диференціація закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу, з урахуванням інтенсивності її надання; - запровадження вільного вибору пацієнтом лікаря первинного рівня медичної допомоги; - створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги; - централізація коштів на надання первинної медико-санітарної допомоги на рівні районних/міських бюджетів, на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги - на рівні обласних бюджетів; - запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги; - запровадження договорів на виконання бюджетної програми в охороні здоров'я. |

Рис. 2.7. Принципи реформування сфери охорони здоров'я

Примітка. Наведено за [9]

Інформація охоплює 3 групи показників надання ПМД, згрупованих у блоках:

- «система» (представлена показниками системи надання ПМД);
- «процеси» (презентована показниками, які характеризують процеси надання ПМД);
- «результати» (охоплює множину показників, які є демонстрацією результатів надання ПМД) (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Групи показників надання ПМД

| № | Назва блоку і його показники |
|---|--|
| 1 | 2 |
| 1 | <p style="text-align: center;">Блок “Система” включає показники:</p> <ul style="list-style-type: none"> - щільність центрів ПМД/ місць надання ПМД (на 100 тис населення) - відношення загальної кількості центрів ПМД/ місць надання ПМД до чисельності населення (на 100 000 населення); - забезпеченість лікарями ПМД (на 100 тис населення) - відношення кількості активних лікарів ПМД до чисельності населення (на 100 тис населення); - реєстрація в ПМД - частка населення, яка уклала декларації про вибір лікаря з лікарями ПМД. |

Продовження табл. 2.8

| | |
|---|--|
| 2 | <p>Блок Процеси” включає показники:</p> <ul style="list-style-type: none"> - моніторинг розвитку дитини протягом першого року життя - частка дітей (віком до одного року), яких регулярно (4 і більше разів) оглядав лікар ПМД протягом їхнього першого року життя; - загальне використання послуг ПМД - частка населення, яке хоча би один раз протягом року консультувалося з членом команди ПМД (щонайменше один запис в ЕСОЗ); - оцінювання ризику гіпертонії - частка зареєстрованого населення старше за 40 років (чоловіки) та 50 років (жінки), якому вимірювали артеріальний тиск під час візиту до ПМД, та відповідна інформація була передана до ЕСОЗ; - охоплення реімбурсацією вартості лікарських засобів на рівні ПМД (виписування рецептів) - це доступ населення віком старше 18 років, що мають хронічні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, цукровий діабет 2 типу (не інсулінозалежний), до можливості отримати електронний рецепт на основні лікарські засоби, які входять до програми доступні ліки; - охоплення реімбурсацією вартості лікарських засобів на рівні ПМД (отоварення рецептів) - частка пацієнтів віком старше 18 років, що мають хронічні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, цукровий діабет 2 типу (не інсулінозалежний), яка отоварила отриманий за програмою доступні ліки рецепт; - повторний візит при гіпертонії - частка пацієнтів віком старше 18 років з вперше встановленим діагнозом гіпертонії, які здійснили повторний візит до лікаря ПМД з приводу гіпертонії протягом 12 місяців референтного періоду; - контроль рівня глюкози у пацієнтів з ЦД - це частка пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу (не інсулінозалежний) із контрольованим рівнем глюкози за показниками глікованого гемоглобіну. |
| 3 | <p>Блок “Результати” включає показники:</p> <ul style="list-style-type: none"> - госпіталізація, якої можна уникнути (відносно всіх зареєстрованих пацієнтів) - це частка госпіталізацій пацієнтів з захворюваннями, які підлягають амбулаторному лікуванню; - госпіталізація, якої можна уникнути (відносно всіх госпіталізованих пацієнтів) - це частка госпіталізацій пацієнтів з захворюваннями, які здебільшого підлягають амбулаторному лікуванню; - ускладнення при цукровому діабеті, яких не вдалося уникнути - частка пацієнтів віком 18 років і старше, з цукровим діабетом, яким було проведено ампутацію нижньої кінцівки або її частини; - лікування гіпертонії - частка пацієнтів віком 18 років і старше із встановленим діагнозом гіпертонії і контрольованим рівнем артеріального тиску (за даними, переданими до ЕСОЗ). |

Примітка. Сформовано за джерелом [26]

Показники, які належать до блоку «система» надання ПМД наведені в табл. 2.9-2.10.

Табл. 2.9 вказує на те, що усі показники, які характеризують систему надання ПМД (входять до блоку «система») у Тернопільській області, перевищують середні показники по Україні. Так, при середньоукраїнському показнику забезпеченості лікарями ПМД на 100 тис. населення, аналогічний показник Тернопільської області вищий на 10,8%.

Таблиця 2.9

Показники, які характеризують систему надання ПМД (входять до блоку «система»)

| Назва індикатору | Забезпеченість лікарями ПМД (на 100 тис. населення) | | | Частка осіб, які подали декларації про вибір лікаря ПМД (%) | | | Щільність місць надання ПМД (на 100 тис. населення) | | |
|----------------------|---|-------------------|-------------|---|-------------------|---------------|---|-------------------|-------------|
| | Область | Чисельник | Знаменник | Індикатор | Чисельник | Знаменник | Індикатор | Чисельник | Знаменник |
| ВІННИЦЬКА | 1 050 | 1 540 400 | 68,2 | 1 392 821 | 1 540 400 | 90,4 % | 437 | 1 540 400 | 28,4 |
| ВОЛИНСЬКА | 747 | 1 030 521 | 72,5 | 922 655 | 1 030 521 | 89,5 % | 239 | 1 030 521 | 23,2 |
| ДНІПРОПЕТРОВСЬКА | 1 973 | 3 213 659 | 61,4 | 2 738 182 | 3 213 659 | 85,2 % | 629 | 3 213 659 | 19,6 |
| ДОНЕЦЬКА | 780 | 2 323 787 | 33,6 | 1 030 352 | 2 323 787 | 44,3 % | 219 | 2 323 787 | 9,4 |
| ЖИТОМИРСЬКА | 853 | 1 202 551 | 70,9 | 1 082 641 | 1 202 551 | 90,0 % | 278 | 1 202 551 | 23,1 |
| ЗАКАРПАТСЬКА | 883 | 1 253 507 | 70,4 | 1 136 726 | 1 253 507 | 90,7 % | 441 | 1 253 507 | 35,2 |
| ЗАПОРІЗЬКА | 990 | 1 723 174 | 57,5 | 1 101 811 | 1 723 174 | 63,9 % | 292 | 1 723 174 | 16,9 |
| ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА | 1 103 | 1 365 063 | 80,8 | 1 232 008 | 1 365 063 | 90,3 % | 441 | 1 365 063 | 32,3 |
| КИЇВСЬКА | 1 300 | 1 856 015 | 70,0 | 1 678 068 | 1 856 015 | 90,4 % | 454 | 1 856 015 | 24,5 |
| КІРОВОГРАДСЬКА | 597 | 926 709 | 64,4 | 758 999 | 926 709 | 81,9 % | 241 | 926 709 | 26,0 |
| ЛУГАНСЬКА | 207 | 936 273 | 22,1 | 279 963 | 936 273 | 29,9 % | 106 | 936 273 | 11,3 |
| ЛЬВІВСЬКА | 1 949 | 2 509 222 | 77,7 | 2 296 724 | 2 509 222 | 91,5 % | 511 | 2 509 222 | 20,4 |
| М.КИЇВ | 2 287 | 3 129 777 | 73,1 | 2 603 010 | 3 129 777 | 83,2 % | 415 | 3 129 777 | 13,3 |
| МИКОЛАЇВСЬКА | 635 | 1 116 707 | 56,9 | 859 977 | 1 116 707 | 77,0 % | 229 | 1 116 707 | 20,5 |
| ОДЕСЬКА | 1 615 | 2 407 050 | 67,1 | 2 038 822 | 2 407 050 | 84,7 % | 577 | 2 407 050 | 24,0 |
| ПОЛТАВСЬКА | 987 | 1 393 807 | 70,8 | 1 224 665 | 1 393 807 | 87,9 % | 412 | 1 393 807 | 29,6 |
| ТЕРНОПІЛЬСЬКА | 740 | 1 032 728 | 71,7 | 914 751 | 1 032 728 | 88,6 % | 298 | 1 032 728 | 28,9 |
| ХАРКІВСЬКА | 1 538 | 2 771 964 | 55,5 | 2 074 774 | 2 771 964 | 74,8 % | 390 | 2 771 964 | 14,1 |
| ХЕРСОНСЬКА | 560 | 1 031 534 | 54,3 | 706 076 | 1 031 534 | 68,4 % | 206 | 1 031 534 | 20,0 |
| ХМЕЛЬНИЦЬКА | 964 | 1 250 548 | 77,1 | 1 149 101 | 1 250 548 | 91,9 % | 381 | 1 250 548 | 30,5 |
| ЧЕРКАСЬКА | 800 | 1 189 093 | 67,3 | 1 052 494 | 1 189 093 | 88,5 % | 401 | 1 189 093 | 33,7 |
| ЧЕРНІВЕЦЬКА | 679 | 899 003 | 75,5 | 817 505 | 899 003 | 90,9 % | 308 | 899 003 | 34,3 |
| ЧЕРНІПІВСЬКА | 579 | 984 034 | 58,8 | 826 385 | 984 034 | 84,0 % | 175 | 984 034 | 17,8 |
| Усього | 25 419 | 39 303 282 | 64,7 | 31 897 645 | 39 303 282 | 81,2 % | 8 691 | 39 303 282 | 22,1 |

Примітка. Сформовано за джерелом [26]

Вищими за середньоукраїнський показник є й показники:

- частки тих осіб, які подали декларації щодо вибору лікаря ПМД (на 7,4%);
- щільності місць надання ПМД (на 100 тис. населення) (на 30,7%);
- щільності центрів ПМД (на 100 тис. населення) (на 1,2%).

Щільність центрів ПМД на 100 тис. населення як ще один показник, що доповнює табл. 2.9, і входить до блоку показників «Система», відображає табл. 2.10.

**Показник щільності центрів ПМД в розрахунку на 100 тис.
населення**

| Назва індикатору | Щільність центрів ПМД (на 100 тис. населення) | | | |
|----------------------|---|-------------------|------------|-----------|
| | Область | Чисельник | Знаменник | Індикатор |
| ВІННИЦЬКА | 111 | 1 540 400 | 7,2 | |
| ВОЛИНСЬКА | 62 | 1 030 521 | 6,0 | |
| ДНІПРОПЕТРОВСЬКА | 183 | 3 213 659 | 5,7 | |
| ДОНЕЦЬКА | 37 | 2 323 787 | 1,6 | |
| ЖИТОМИРСЬКА | 81 | 1 202 551 | 6,7 | |
| ЗАКАРПАТСЬКА | 99 | 1 253 507 | 7,9 | |
| ЗАПОРІЗЬКА | 81 | 1 723 174 | 4,7 | |
| ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА | 118 | 1 365 063 | 8,6 | |
| КИЇВСЬКА | 111 | 1 856 015 | 6,0 | |
| КІРОВОГРАДСЬКА | 75 | 926 709 | 8,1 | |
| ЛУГАНСЬКА | 19 | 936 273 | 2,0 | |
| ЛЬВІВСЬКА | 180 | 2 509 222 | 7,2 | |
| М.КИЇВ | 148 | 3 129 777 | 4,7 | |
| МИКОЛАЇВСЬКА | 57 | 1 116 707 | 5,1 | |
| ОДЕСЬКА | 206 | 2 407 050 | 8,6 | |
| ПОЛТАВСЬКА | 84 | 1 393 807 | 6,0 | |
| ТЕРНОПІЛЬСЬКА | 69 | 1 032 728 | 6,7 | |
| ХАРКІВСЬКА | 131 | 2 771 964 | 4,7 | |
| ХЕРСОНСЬКА | 62 | 1 031 534 | 6,0 | |
| ХМЕЛЬНИЦЬКА | 80 | 1 250 548 | 6,4 | |
| ЧЕРКАСЬКА | 60 | 1 189 093 | 5,0 | |
| ЧЕРНІВЕЦЬКА | 62 | 899 003 | 6,9 | |
| ЧЕРНІПІВСЬКА | 53 | 984 034 | 5,4 | |
| Усього | 2 373 | 39 303 282 | 6,0 | |

Примітка. Сформовано за джерелом [26]

Елементом системи контролю якості медичних послуг підприємства є внутріструктурні зв'язки. Їх особливості відображає табл. 2.11.

Ці зв'язки утворюються в процесах здійснення моніторингової і контрольної діяльності, лікувальної роботи, інформаційного супроводу цих видів діяльності та ін. Не зважаючи на спрямованість таких видів роботи на забезпечення якості медичних послуг як об'єкта контролю, важливо звернути увагу на те, що такий невід'ємний елемент якості послуг як етика взаємовідносин в процесі реалізації контрольних заходів не враховується.

**Особливості внутріструктурних (внутрішньоорганізаційних)
зв'язків, які вибудовуються в рамках системи контролю якості
медичних послуг**

| № з/п | Особливості |
|----------|--|
| 1 | 2 |
| 1 | <p>Внутріструктурні зв'язки формують інформаційну основу управління та контролю якості медичних послуг. За їх допомогою передається інформація в системах «керівники-структурні підрозділи», досягається взаєморозуміння між учасниками управлінських і медичних процесів та здійснюється координація і контроль діяльності персоналу щодо надання медичних послуг.</p> <p>Видова структура цих зв'язків в процесі контролю якості медичних послуг представлена вертикальними і горизонтальними зв'язками.</p> |
| 2 | <p>В основі вертикальних зв'язків лежать відносини підпорядкованості. Вони встановлюються між керівниками, структурними підрозділами та окремими працівниками (наприклад, лікарем і сестринським персоналом) в тих випадках, коли одні з них мають право віддавати розпорядження, а інші повинні їх виконувати. Вертикальні зв'язки встановлюються також між керівником та його підлеглими.</p> |
| 3 | <p>Горизонтальні зв'язки базуються на відносинах взаємозв'язку і взаємозалежності або опосередкованої залежності та встановлюються між рівноправними керівниками і структурними підрозділами, які тісно взаємодіють між собою в процесі здійснення контролю за якістю медичних послуг.</p> |

Примітка. Сформовано автором

Таким чином, аналіз системи контролю якості медичних послуг у закладі охорони здоров'я показав, що ця система:

- 1) структурно і організаційно впорядкована;
- 2) представлена множиною суб'єктів, одним із яких є НКП «Скалатський медичний центр», діяльність якого щодо надання медичних послуг:
 - відповідає стандартам і протоколам, вимогам інформаційного й документаційного супроводу;
 - ресурсно, в тому числі, кадрово забезпечена (за кількісними і якісними характеристиками);
 - супроводжується комунікаційними зв'язками внутрішнього і зовнішнього спрямування. Однак, єдиним критерієм контролю якості медичних послуг підприємства в контексті взаємодії з їх споживачами є наявність/відсутність скарг. Це дуже слабкий аргумент на користь того, щоб

стверджувати про високу чи низьку якість послуг. Тому, перелік таких критеріїв повинен бути розширений, наприклад, шляхом формування досліджуваним підприємством плану проведення внутрішнього контролю якості медпослуг.

Висновки до розділу 2

1. Вивчення регламентів НКП «Скалатський медичний центр» вказує на сформованість організаційних основ цього підприємства, визначення функціонального навантаження його підсистем і медичних працівників. Організаційно-функціональні основи утворюють базу для практичної діяльності щодо здійснення контролю якості медичних послуг.

2. Діяльність медичного центру щодо надання якісних медичних послуг та проведення контролю за їхньою якістю є позитивною. Проте, процес надання медичних послуг у сільській місцевості стикається із рядом викликів та проблем, які є загальними для інших територіальних громад, і які негативно відображаються на результатах контролю. Серед них: нестача кадрових ресурсів, що проявляється в дефіциті лікарів і медсестер у медичному центрі; недостатнє інформування мешканців сільських громад про доступні медичні послуги, профілактичні заходи та програми. Розв'язання цих проблем вимагає комплексного підходу, який включатиме у себе поліпшення транспортної та соціальної інфраструктури, підвищення медичної грамотності мешканців, особливо у сільській місцевості.

3. Аналіз системи контролю якості медичних послуг на підприємстві дозволяє зробити висновок про те, що ця система має відповідну структуру та організаційний порядок. Вона представлена численними суб'єктами, зокрема НКП "Скалатський медичний центр". Це підприємство реалізує діяльність опираючись на стандарти та протоколи, вимоги до інформаційного та документаційного забезпечення. Діяльність медичного центру ресурсно забезпечена, включаючи кадрові ресурси за кількісними та якісними характеристиками. Крім того, вона супроводжується комунікаційними

зв'язками як внутрішнього, так і зовнішнього спрямування. Однак основним критерієм контролю якості медичних послуг на підприємстві щодо взаємодії з його споживачами залишається наявність або відсутність скарг. Цей критерій є недостатнім для об'єктивної оцінки якості послуг, оскільки ґрунтується на дуже обмеженому аспекті. Тому, ми рекомендуємо розширити перелік критеріїв шляхом розробки досліджуваним підприємством плану внутрішнього контролю якості медичних послуг. У цей план можна буде «ввести» додаткові критерії контролю і оцінки якості послуг.

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Вдосконалення системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я через концептуалізацію

Вдосконалення системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) може бути досягнуте через концептуалізацію, тобто визначення концептуального підґрунтя та стратегічних напрямків розвитку цієї системи. Також концептуалізація підходів до розвитку цієї системи повинна імплементувати у цю систему підходи, що посилюють значимість підвищення якості медичних послуг і її контролювання.

Аспектами, які охоплює концептуалізація, повинні стати:

- реальне виконання функції цілеорієнтації в процесі управління ЗОЗ та їх медичними послугами;
- забезпечення об'єктивності вимірювань якості послуг;
- активне залучення медичного персоналу до вимірювання і оцінки якості послуг (командна робота);
- посилення інформаційного супроводу функціонування системи контролю якості медичних послуг (збір та опрацювання інформації, робота з нею);
- покладення в основу функціонування системи контролю якості медичних послуг принципів: неперервності; постійної оптимізації; співпраці із зацікавленими сторонами; культури якості; врахування напрацювань кращих зарубіжних практик.

Так, приналежність досліджуваного ЗОЗ до суспільного сектору економіки і до сфери публічного управління означає, що заклад повинен не тільки декларувати, що його робота є клієнтоорієнтованою, а й нести реальну відповідальність за якість тих медичних послуг, які він надає.

Функціонально суспільний сектор представлений функціями усіх організацій публічної сфери і сформованим для цього інституційним

середовищем, яке, однак, має недоліки (рис. 3.1).

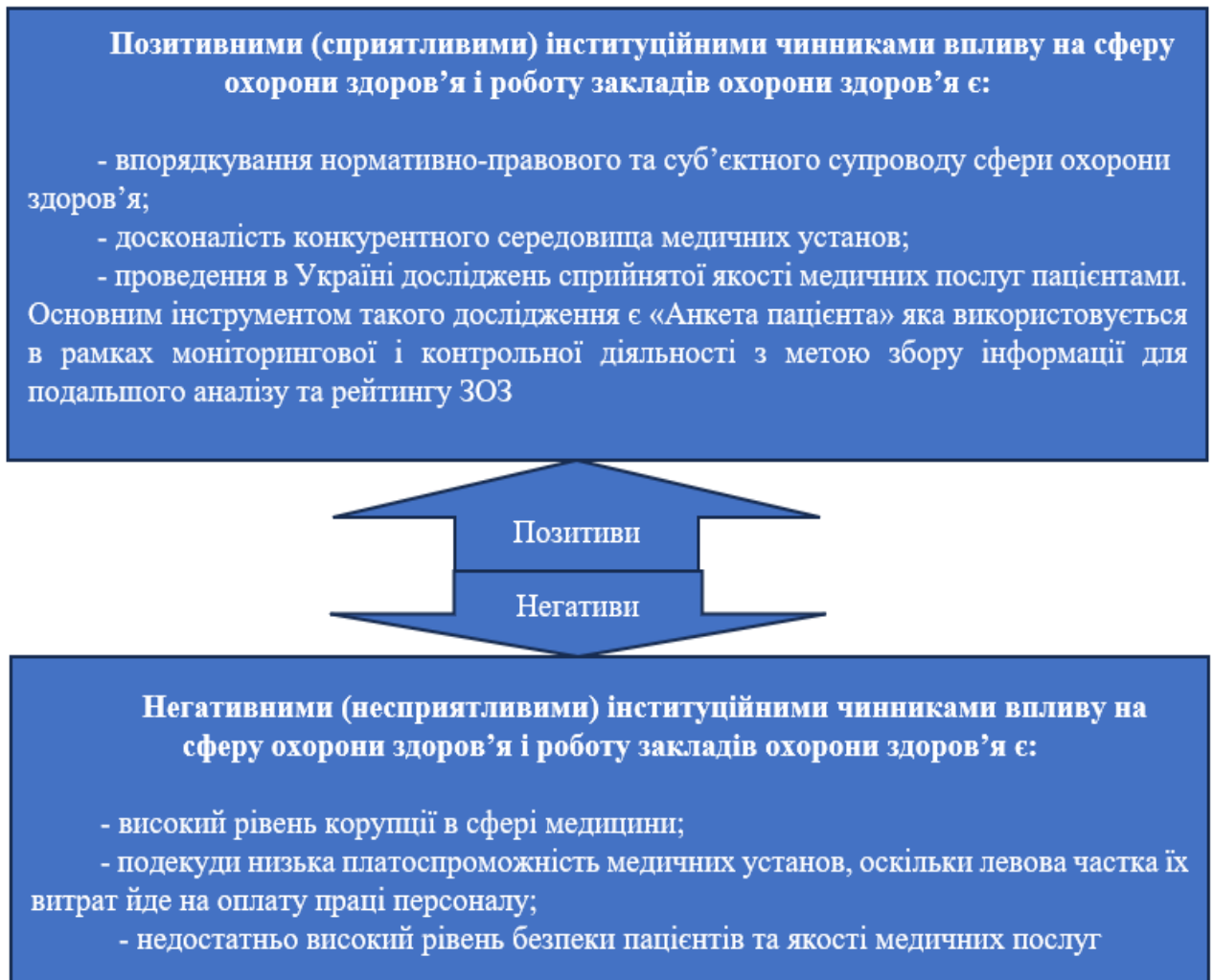


Рис. 3.1. Позитиви і негативи інституційного середовища ЗОЗ

Примітка. Сформовано з використанням [19]

У контексті приналежності досліджуваної організації до суспільного сектору економіки, вважаємо, що розвиток і вдосконалення системи контролю якості медичних послуг у ній повинні відбуватися з урахуванням базових концепцій оцінки показників діяльності цього сектору (табл. 3.1).

Більше того, цілеспрямованість діяльності досліджуваного ЗОЗ і його кадрового складу повинна мати не тільки економічний характер, а й соціальний і екологічний.

Це також посилюється сучасною тенденцією напрямку руху нашої держави по шляху сталого розвитку.

**Доцільні підходи до розвитку і вдосконалення системи контролю
якості медичних послуг досліджуваної організації**

| № з/п | Назва концепції | Її характеристика |
|--------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Цільова (goal attainment approach) | Пов'язує ефективність діяльності досліджуваного ЗОЗ в питаннях підвищення якості надання медичних послуг зі ступенем досягнення нею цілей в цих питаннях. Такими цілями є: медичні стандарти, клінічні протоколи, лікарські формуляри. |
| 2 | Системних ресурсів (system resource approach) | Пов'язує ефективність роботи досліджуваного ЗОЗ в питаннях підвищення якості надання медичних послуг та контролю за цим процесом з його здатністю забезпечити себе ресурсами, необхідними для стабільного функціонування. |
| 3 | Множинності зацікавлених сторін (multiple constituencies approach) | Базується на тому, що різні групи стейкхолдерів – споживачі послуг інші організації, співробітники, державні органи по-різному сприймають і оцінюють ефективність, унаслідок чого комплексна її оцінка виявляється багатовимірною і часто різні її компоненти можуть антагонізувати один з одним. Причому, ситуація може ускладнитися тоді, коли у стейкхолдерів відсутнє достатньо чітке бачення цілей і місії організації. Разом з тим, перевагами, які матиме досліджуваний лікарняний заклад від задоволеного клієнта, стануть: він залишається до закладу лояльним; звертає меншу увагу на інших стейкхолдерів; пропонує нові ідеї та підходи до вирішення проблем; партнер, на допомогу якого можна розраховувати. |
| 4 | Соціального конструктивізму (social constructivism approach) | Базується на тому, що сприйняття цілей досліджуваного ЗОЗ в питаннях підвищення якості надання медичних послуг складається в процесі спілкування і взаємодії різних груп стейкхолдерів, які поступово з'ясовують для себе зміст діяльності цієї організації. Зацікавлені сторони можуть коригувати оцінку ефективності не лише через вплив на діяльність організації, а й через маніпулювання наявною інформацією, формування суспільної думки. |

Примітка. Сформовано автором з використанням джерела [5]

У контексті соціального спрямування діяльності досліджуваного ЗОЗ управління та контроль якості медичних послуг зумовлять отримання множини соціальних ефектів у вигляді:

- покращення здоров'я жителів території, зменшення рівня їх захворюваності, а також інвалідності;
- рівноправності доступу до медичних послуг та їх кращої доступності для мешканців території;
- підвищення рівня і якості життя;

- підвищення рівня довіри і задоволеності пацієнтів, їх лояльності до досліджуваної організації;
- економічних вигод для громадян і суспільства, які пов'язані з отриманням соціального ефекту (контроль за якістю медичних послуг приє покращенню такої якості, а, значить, і покращенню здоров'я місцевих жителів, що автоматично зменшує витрати людей і держави на лікування). Це доводить інформація літературного джерела [5] (рис. 3.2).

Економічні вигоди від вдосконалення контролю якості медичних послуг

Одним з відомих підходів для оцінки державних та муніципальних інвестицій соціальної спрямованості, який може бути використаний досліджуваною організацією, є «розгорнута» факторна схема Н. Моля, що базується на методології «трьох Е»: економія (economy), ефективність (efficiency) та продуктивність (effectiveness).

Показник загальної соціальної ефективності державних вкладень, відповідно до цього підходу, розраховуватиметься за формулою 1:

$$\text{Есоц.} = \text{Е} / \text{В}, (1)$$

де Е – соціальний ефект від профінансованих заходів; В – обсяг бюджетних ресурсів, який спрямовується на фінансування заходів для отримання ефекту Е.

Відповідно до методології «трьох Е» показник Есоц. можна записати також у вигляді формули 2:

$$\text{Есоц.} = \text{Еек.} \times \text{Ееф.} \times \text{Епр.}, (2)$$

де Еек. = (Z / B) – коефіцієнт економії бюджетних ресурсів; Z – загальні витрати на здійснення заходів; Ееф. = (V / Z) – коефіцієнт економічної ефективності профінансованих заходів; V – загальний результат від здійснення заходів; Епр. = (E / V) – коефіцієнт соціальної продуктивності

Рис. 3.2. Економічні вигоди від вдосконалення системи контролю якості медичних послуг

Примітка. Сформовано автором з використанням джерела [5]

Деталізуючи питання вдосконалення системи контролю якості медичних послуг в досліджуваній організації, вкажемо на те, що така якість повинна враховувати положення структурного (структурна якість), процесного (якість використовуваних технологій: управлінських, інформаційних, кадрових) і результативного (якість отриманого результату) підходів (табл. 3.2).

**Векторна і компонентна характеристика якості медичних послуг
досліджуваного ЗОЗ**

| № з/п | Компонент | Його змістова характеристика |
|-------|--------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Структурна якість | <p>Структурна якість як компонент якості медичної послуги описує умови її надання. У поняття «умови» включаються: наявність і стан устаткування та раціональність його використання, стан будинків і приміщень лікарні, її фінансування з основних і додаткових джерел, кадрове забезпечення в (особливо, забезпеченість лікарями), кваліфікація кадрів тощо.</p> <p>Структурна якість може визначатися як стосовно закладу охорони здоров'я, в цілому (з урахуванням його матеріально-технічної бази, кадрового складу, організації роботи в ньому, сервісних умов (вони є свідченням можливості лікарні надавати медичні послуги належної якості), так і по кожному медичному працівнику окремо (у цьому випадку оцінюються його професійні якості, тобто сума умінь, знань, навичок щодо виконання лікувально-діагностичних дій).</p> <p>Оцінкою структурної якості медичної допомоги, що надається медичними установами, також займаються генеральні директори цих установ і окремі посадові особи органів управління. Однак, до дійсного моменту не сформовані ефективні механізми забезпечення цього компонента. Це свідчить про слабкість інституційних основ моніторингової діяльності лікарняних установ, в тому числі, досліджуваної щодо якості надання медичних послуг.</p> |
| 2 | Якість технології | <p>Якість технології як компонент якості медичної послуги описує наскільки комплекс лікувально-діагностичних заходів, проведених конкретному хворому, був оптимальний. Важливим принципом, що повинен лежати в основі процесного підходу до системи забезпечення якості медичної допомоги і надання якісних медичних послуг, є створення таких умов, коли помилка конкретного виконавця чи випадкове відхилення від нормального процесу виконання медичної технології не призводять до погіршення результату медичної допомоги.</p> |
| 3 | Якість результату | <p>Якість результату як компонент якості медичної допомоги описує відношення фактично досягнутих результатів з реально досяжними (планованими). У залежності від оцінюваного об'єкта під планованими результатами можна розуміти: динаміку стану здоров'я конкретного пацієнта; результати лікування усіх хворих в медичній установі за звітний період; стан здоров'я населення території.</p> <p>Наприклад, показниками оцінки роботи організації сфери охорони здоров'я (планованими результатами) є: рівень дитячої смертності, середня тривалість життя, кількість ліжко-днів госпіталізації, кількість амбулаторних прийомів, динаміка поширення захворюваності, рівень запровадження медичних інновацій.</p> <p>Керівники медичних установ і посадові особи органів управління охороною здоров'я здійснюють оцінку і проводять контроль якості результату лікування усіх хворих, що зверталися в заклад за рік.</p> <p>Контроль якості результату медичного обслуговування населення здійснюють посадові особи органів управління охороною здоров'я всіх рівнів.</p> |

Примітка. Сформовано автором самостійно з використанням джерел [5; 12]

Слід констатувати те, що система контролю якості медичних послуг ЗОЗ повинна стати синтезом інтересів таких зацікавлених сторін: виробника, споживача, організацій, що не залежать ні від надавачів (виробників послуг), ні від споживачів медичних послуг (рис. 3.3).

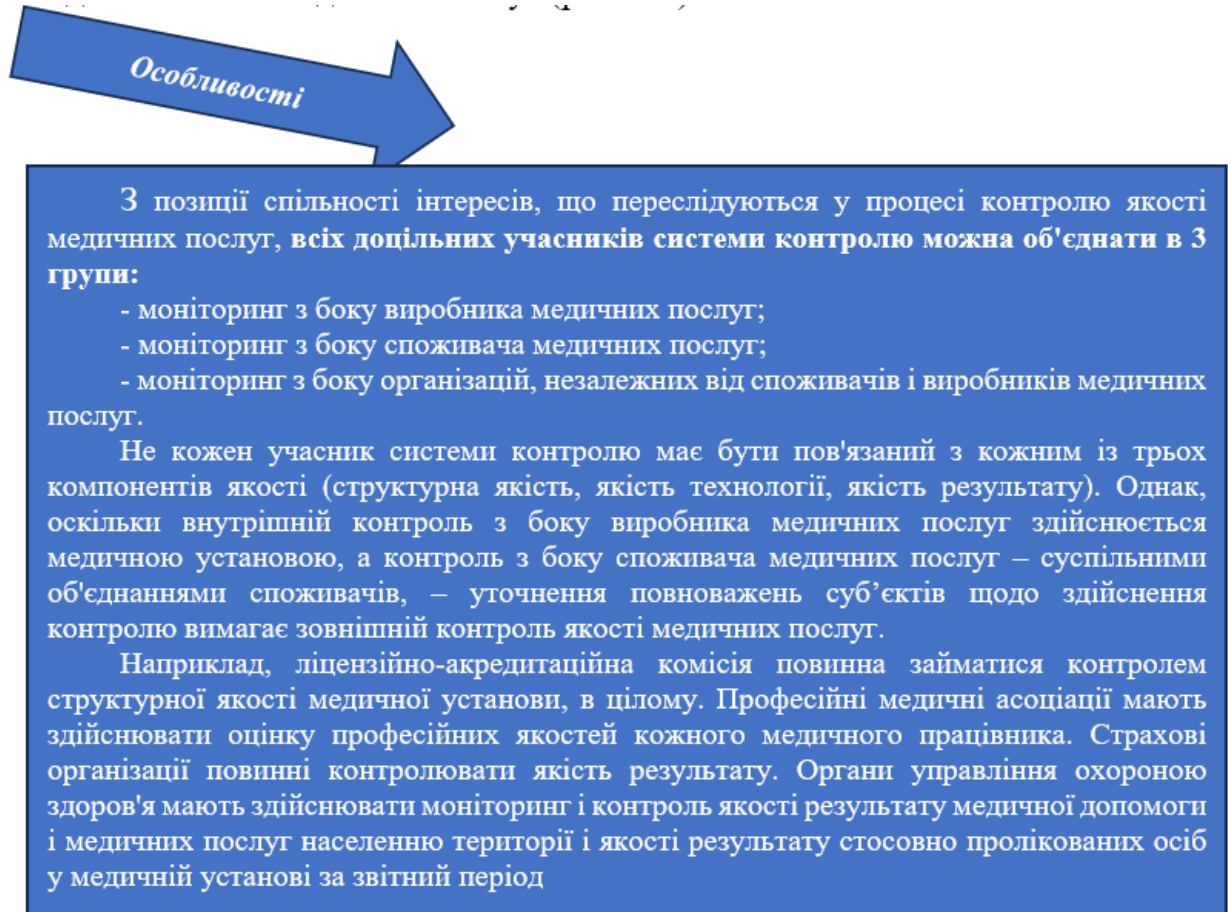


Рис. 3.3. Особливості суб'єктного і завданневого навантаження системи контролю якості медичних послуг ЗОЗ

Примітка. Сформовано автором

Вдосконалення системи контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я повинно здійснюватись через вдосконалення інструментів, використовуваних суб'єктами управління цією системою.

3.2. Удосконалення інструментарію контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я

У процесі вдосконалення інструментарію контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я слід враховувати різні фактори (якою є система управління ЗОЗ; які рішення приймаються стосовно мотивації працівників; якою є кваліфікація медичних кадрів; чи досліджується думка пацієнтів щодо якості отриманих ними у ЗОЗ послуг тощо). Одним із цих факторів є стадія розвитку якості (рис. 3.4).

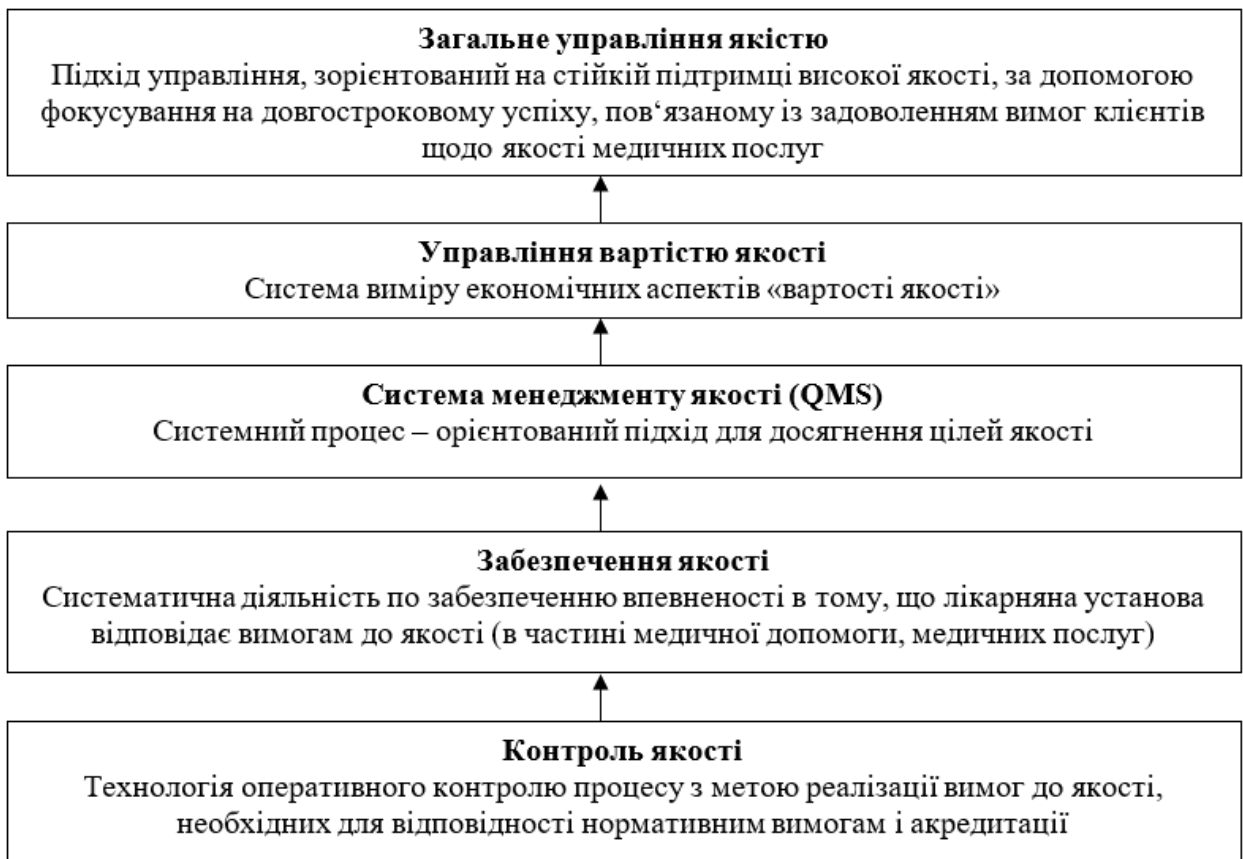


Рис. 3.4. Стадії (етапи) розвитку якості у ЗОЗ

Примітка. Сформовано автором самостійно

Інструменти контролю якості медичних послуг в ЗОЗ повинні охоплювати множину різних інструментів інформаційного, технічного, регламентного (стандарти, критерії якості і здійснення контролю тощо) характеру.

Загальна етапність утворення системної множини інструментарію контролю якості повинна включати:

- вимірювання якісних параметрів медичних послуг, а також визначення відповідності цих послуг чинним держстандартам;
- ідентифікація можливих варіантів покращення якості медичних послуг;
- формування регламентів (планів перевірки, термінів їх виконання) за об'єктами контролю;
- утворення «банку інформаційних даних», який має бути відповідним державним стандартам якості, і включати інформацію, корисну для: адміністрації ЗОЗ, медичного персоналу, інструктивні дані щодо здійснення контролю.

Поряд із інструментами контролю якості медичних послуг слід застосовувати такий інструмент як моніторинг (рис. 3.5).

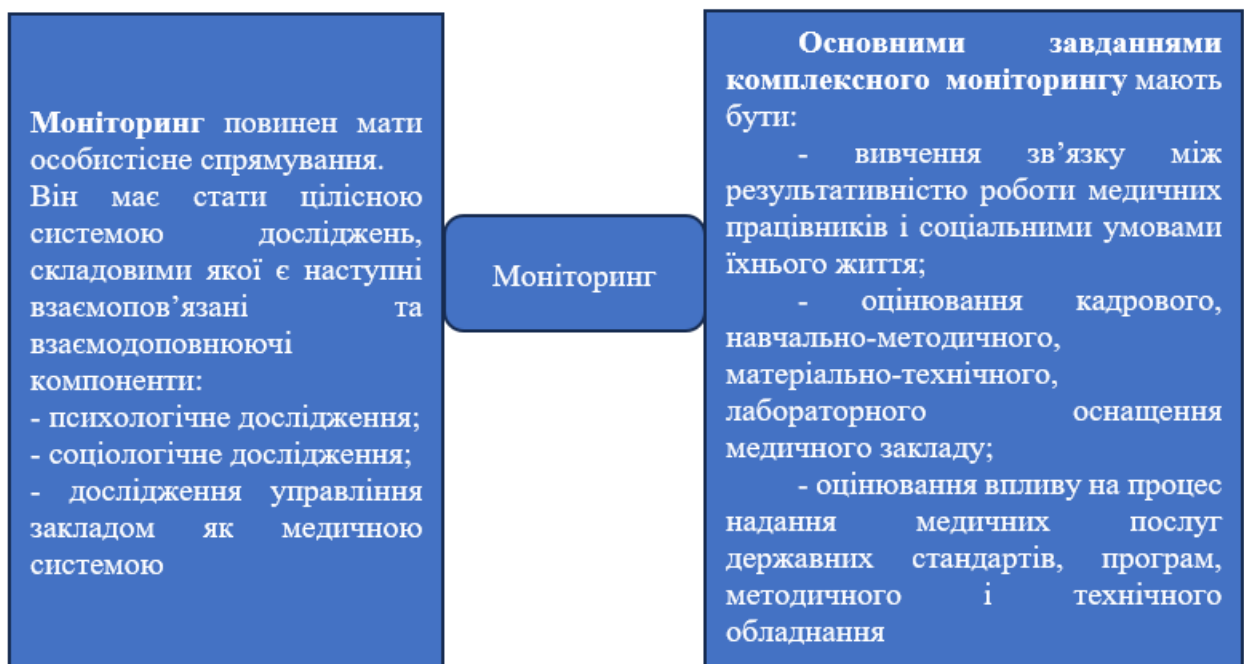


Рис. 3.5. Моніторинг як інструмент, який доцільно використовувати поряд із контролем якості медичних послуг у ЗОЗ

Примітка. Сформовано автором

Незаперечним є факт, що дієвість системи контролю якості медичних послуг прямо залежить від системи управління ЗОЗ і від того, що є об'єктом контролю у цій системі управління.

Доцільне об'єктне спрямування контролю стосовно системи управління

досліджуваним ЗОЗ ілюструє рис. 3.6.

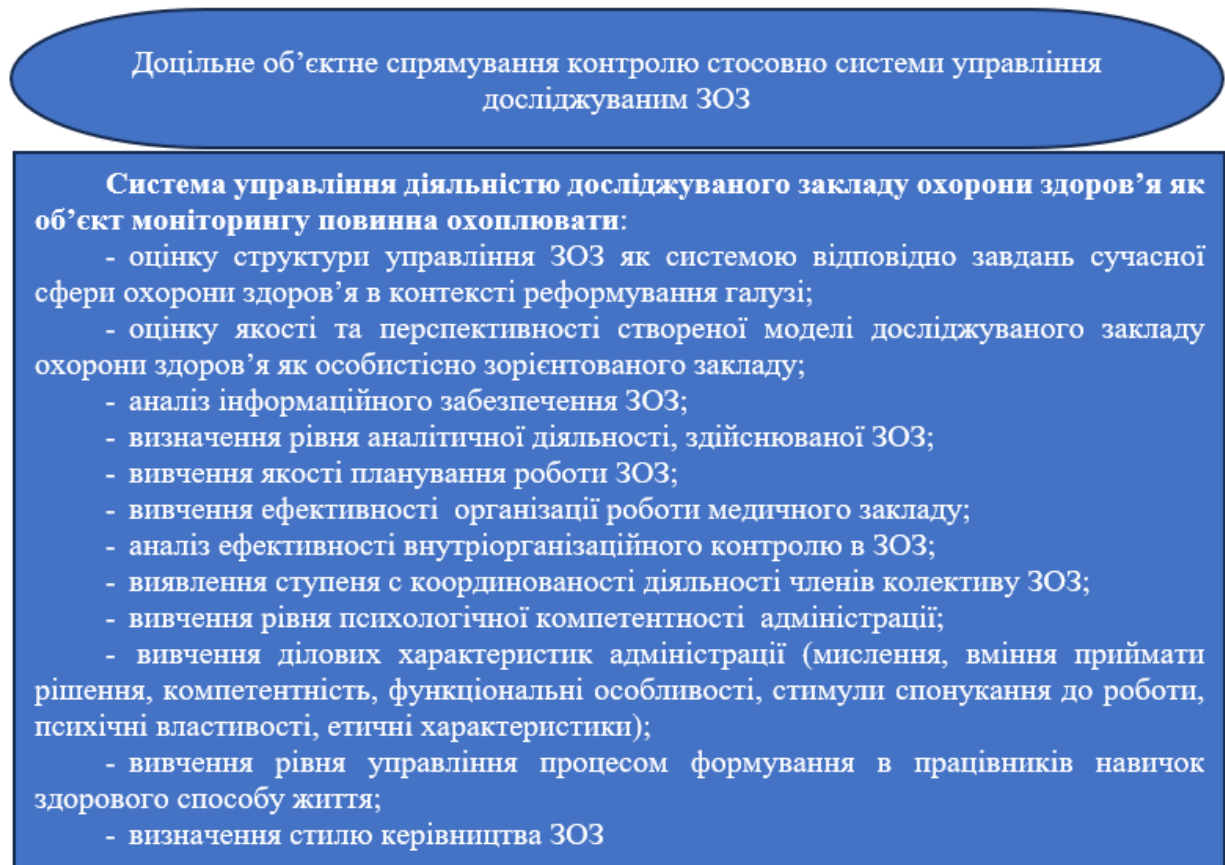


Рис. 3.6. Доцільне об'єктне спрямування контролю стосовно системи управління досліджуваним ЗОЗ

Примітка. Сформовано автором

Однозначно присутніми у системі інструментів контролю якості медичних послуг досліджуваного ЗОЗ повинні бути інструменти громадського моніторингу і контролю (рис. 3.7).

Перевагами цього стануть:

- підвищення якості медичних послуг;
- довіра до ЗОЗ;
- адаптація роботи досліджуваного ЗОЗ до потреб мешканців території (в контексті доступності послуг, їх якості);
- посилення відповідальності ЗОЗ і його медичного персоналу перед громадою, що забезпечить підзвітність.

Доцільні аспекти взаємодії

Доцільними аспектами взаємодії досліджуваного ЗОЗ з громадськістю як напрямку його моніторингової і контрольної діяльності в питаннях підвищення якості надання медичних послуг повинні стати:

- 1) участь громадськості у розробці рішень. До цієї роботи слід включити:
 - визначення суспільної думки шляхом опитування;
 - обробку та оприлюднення отриманих результатів;
 - визначення пріоритетних питань, що потребують прийняття рішень;
 - обговорення отриманих результатів;
 - аналітичне дослідження ситуації, визначеної як пріоритетна;
 - визначення проблеми для прийняття рішення через аналіз сформованої ситуації;
- 2) участь громадськості у прийнятті рішень. До цієї роботи слід включити:
 - утворення робочих груп з обговорення і формування рішень в сфері надання медичної допомоги;
 - взаємодію громадян з обраними ними представниками закладу охорони здоров'я (через засоби масової інформації, робочі наради);
- 3) оцінка діяльності досліджуваного закладу з боку громадськості

Рис. 3.7. Аспекти взаємодії досліджуваного ЗОЗ з громадськістю (як частина покращеної контрольної діяльності в питаннях якості послуг)

Примітка. Сформовано автором

У контексті вдосконалення системи контролю якості медичних послуг увага повинна приділятися інфраструктурному забезпеченню надання цих послуг (рис. 3.8) і комунікації в системі «медичний працівник-споживач» (рис. 3.9).

Це стосується:

- часу очікування прийому лікаря;
- вартості лікування;
- тривалості прийому;
- діагностики.

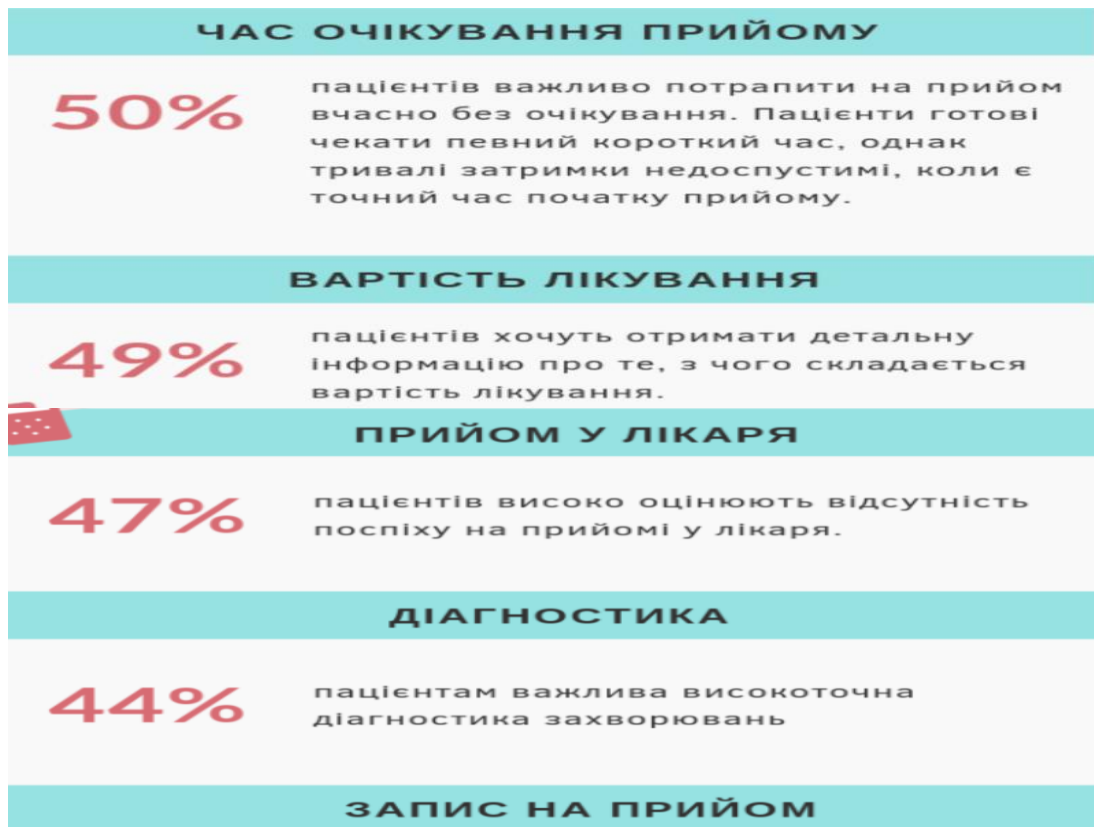


Рис. 3.8. Характеристики інфраструктурного забезпечення комунікації в системі «медичний працівник-споживач»

Примітка. Сформовано з використанням джерела [17; 34]

Особливості комунікації в системі «медичний працівник-споживач» розкриває табл. 3.3

Таблиця 3.3

Особливості комунікації в системі «медичний працівник-споживач»

| № з/п | Приклади особливостей діяльності |
|-------|--|
| 1 | 2 |
| 1 | Аспектом якості медичної послуги є свобода пацієнта під час перебування в лікарні. Цей чинник особливо важливий для хворих, що довгий час перебувають ній. Вказаний чинник має велике терапевтичне значення, водночас, заклади охорони здоров'я, в тому числі, досліджуване підприємство, часто ним зловживають, посиляючись на необхідність дотримання клінічних протоколів. Такі окремо взяті аспекти як свобода пацієнта під час перебування в лікарні утворюють у сукупності ланцюг якості медичної послуги й визначають конкурентоспроможність підприємства в нових умовах реформування медицини. |
| 2 | Дослідження аспектів щодо забезпечення якості надання медичної послуги підприємством доцільно використовувати при прийнятті, виконанні управлінських рішень і контролі за цими процесами. Така інформація сформує уявлення про пацієнтів, їхні бажання та уподобання (наприклад, інформація щодо того, яка вікова категорія пацієнтів хоче, щоб у палаті був телевізор). |

| 1 | 2 |
|---|--|
| 3 | <p>Важливою буде також інформація про бажання пацієнтів особисто комунікувати з медичним персоналом, який проводить діагностику, можливість допомоги в пересуванні між відділеннями тощо.</p> <p>Знання звичок, смаків і переваг потенційних пацієнтів є необхідною інформацією для вдосконалення ланцюга якості медичної послуги і прийняття та реалізації досліджуванним підприємством управлінських рішень щодо її забезпечення.</p> <p>Для цього необхідне виявлення нових характеристик удосконаленої медичної послуги шляхом:</p> <ul style="list-style-type: none"> - визначення того чи відповідають запропоновані нові характеристики послуги цілям закладу; - отримання підприємством зовнішньої інформації про рівень зацікавленості безпосередньо пацієнтів та їх родин у нових характеристиках медичної послуги; - розрахунку економічної доцільності формування характеристик удосконаленої послуги та готовність пацієнтів (їх родин) їх оплачувати. |

Примітка. Сформовано автором

Отже, удосконалення інструментарію контролю якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я повинно передбачати застосування: регламентних, моніторингових, інформаційних, комунікаційних, кадрових, рекламних інструментів. Позитивними ефектами використання цього інструментарію стануть: надання високоякісних медичних послуг; професіоналізація кадрового складу досліджуваного ЗОЗ; постійний інформаційно наповнений контакт з клієнтом; покращення змістового наповнення регламентів, на які опирається діяльність ЗОЗ.

Висновки до розділу 3

1. Вдосконалення системи контролю якості медичних послуг в досліджуваному ЗОЗ через концептуалізацію передбачає імплементування оновлених підходів щодо:

- цілеорієнтації і стандартизації;
- технологій інформаційного й комунікаційного супроводу, моніторингу, звітності й зворотного зв'язку;
- роботи з кадровим складом досліджуваного закладу;

- інноватизації управління ЗОЗ; партнерства і співпраці з громадою.

2. Удосконалений інструментарій контролю якості медичних послуг в досліджуваному ЗОЗ, який опиратиметься на інформаційно-методичні, регламентні, кадрові, маркетингові та інші інструменти, дозволить досліджуваному ЗОЗ:

- надавати якісніші медичні послуги;
- посилити професійно-кваліфікаційний рівень свого персоналу;
- будувати дієву комунікацію з мешканцями території;
- залучати громадськість до врегулювання питань роботи як системи контролю якості послуг, так і системи управління ЗОЗ загалом.

Висновки

1. Якість медичних послуг, яка забезпечується функціонуванням системи контролю за цією якістю, утворюють цінність для усіх зацікавлених сторін. Це відображається у отриманні різного роду ефектів щодо: покращення здоров'я населення; підвищення ефективності лікування і профілактики захворювань; зменшення ризиків для життя, здоров'я і безпеки пацієнтів; вдосконалення комунікативних взаємодій з пацієнтами; покращення іміджу і репутації закладів охорони здоров'я тощо.

2. Інституційні основи управління, а також контролю якості медичних послуг закладів здравооохоронної сфери формують рамки правового (акти законодавства), організаційного (суб'єкти впливу, їх взаємодія з стейкхолдерами) і процедурного (стандарти, нормативи, процедура акредитації, механізми контролю) характеру, які визначають умови регулювання такої якості і її контролю.

3. Вивчення регламентуючих документів НКП "Скалатський медичний центр" підтверджує побудову організаційних основ та визначення функціонального навантаження підприємства, його підсистем і працівників, яке становить основу для контролю якості медичних послуг.

4. Діяльність медичного центру з надання якісних медичних послуг та контролю за їхньою якістю характеризується множиною позитивів (забезпеченість штатом працівників, інформаційний супровід процесу надання медпослуг та ін.). Проте нестача кадрових ресурсів (штатні посади повністю не заповнені), особливо лікарів і медсестер, віддаленість окремих сіл від медичного центру та недостатнє інформування мешканців про доступні послуги та профілактичні заходи є бар'єрами для результативного здійснення діяльності щодо надання послуг.

5. Аналіз системи контролю якості медичних послуг свідчить про наявність відповідного організаційного порядку щодо цього. Система представлена численними суб'єктами, в тому числі НКП "Скалатський медичний центр", діяльність якого відповідає встановленим державою

стандартам і вимогам. Однак основним критерієм контролю якості медпослуг, який стосується взаємодії з пацієнтами, залишається наявність (або відсутність) скарг, що є недостатнім. Тому необхідно розширити перелік критеріїв контролю шляхом розроблення НКП «Скалатський медичний центр» плану внутрішнього контролю якості медичних послуг.

6. Концептуалізація оновлених підходів до системи контролю якості медичних послуг в ЗОЗ повинна знайти відображення через: чітке спрямування цієї системи на об'єкт; її стандартизацію; використання дієвих технологій побудови взаємодії із споживачем; застосування нових технологічних рішень у площині моніторингу й звітності; роботу з кадровим ресурсом досліджуваного підприємства.

7. Опираючись на інформаційно-комунікативні, інструктивні, методичні, маркетингові та інші інструменти, вдосконалена система контролю якості медичних послуг на досліджуваному підприємстві уможливить: надання цілеспрямованих, цінних для споживача медичних послуг; підвищення професіоналізму персоналу; залучення мешканців до побудови оновленої системи управління підприємством, загалом.

Список використаних джерел

1. Аналітична інформація щодо стану реалізації ПМГ 2023 року за областями. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zvitya-pmg-za-regionamy-2023>
2. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf
3. Голояд П. Вдосконалення системи контролю якості медичних послуг. Наукова інтернет-конференція молодих вчених, аспірантів, студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (24.11.2023 року, м. Тернопіль).
4. Голояд П. Якість медичних послуг в закладах охорони здоров'я як об'єкт управління. Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» (04.05.2023 року, м. Тернопіль). URL: <https://www.wunu.edu.ua/news/23699-vseukrayinska-naukovo-praktichna-konferencija-aktualn-problemi-menedzhmentu-ta-publchnogo-upravlnnja-v-umovah-suchasnih-viklikv.html>
5. Длугопольський, О. В. Підходи до оцінки ефективності функціонування суспільного сектору економіки [Текст] / Олександр Володимирович Длугопольський // Економічний аналіз : зб. наук. праць / Тернопільський національний економічний університет; редкол.: В.А.Дерій (голов. ред.) та ін. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр Тернопільського національного економічного університету «Економічна думка», 2014. Том 15. № 1. С.43-58. ISSN 1993-0259.
6. Дубінський С. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. URL: <http://eurodev.duan.edu.ua/images/stories/Files/2016-1/6.pdf>
7. Жуковська, А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка*. 2020. № 3-4 (83). С. 19-30. URL: <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.02.007>
8. Жуковська, А.Ю., Чигур, О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. № 1 (90). С. 60-66. URL: <https://doi.org/10.37332/2309-1533.2022.1.8>

9. Завдання та шляхи реалізації реформи системи охорони здоров'я. URL: <https://uozter.gov.ua/ua/363-zavdannya-ta-shlyahi-realizacii-reformuvannya-galuzi>
10. КНП «Скалатський медичний центр». URL: <https://medics.ua/clinics/2080>
11. Конституція України URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
12. Контроль якості медичної допомоги. URL: serpens.ucoz.ua/Referat/kontrol_jakosti_medichnoji_dopomogi.doc
13. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р. URL: old.moz.gov.ua/ua/portal/ms_qualitymedicalcare
14. Кривокульська Н.М. Адміністративний менеджмент [Навчальний посібник]. Тернопіль, «Крок», 2013. 294с.
15. Кривокульська Н.М. Удосконалення організації роботи медичних установ як функції адміністративного менеджменту. Формування ринкових відносин в Україні. 2015. № 2 (165). С. 67-71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/udoskonalennya-organizatsiyi-roboti-medichnih-ustanov-yak-funktsiyi-administrativnogo-menedzhmentu/viewer>
16. Кульгінський Є. Пріоритетні напрями державної політики охорони громадського здоров'я. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2016/2016_03\(30\)/14.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2016/2016_03(30)/14.pdf)
17. Лехан В.М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. Дніпропетровськ, 2016. 53с.
18. Мельник А.Ф., Васіна А.Ю., Кривокульська Н.М. Менеджмент державних установ і організацій: Навч. посібник / За ред. А.Ф. Мельник. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 425 с.
19. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я / Горачук В.В., Гойда Н.Г. URL: http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf

20. Національна служба здоров'я України. Е-дані. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data>
21. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. (проект). URL: <https://www.apteka.ua/article/315522>
22. Нормативні документи, які регулюють різні сфери надання послуг. URL: <http://zakon.nau.ua/search/?word=%EF%EE%F1%EB%F3%E3%E8%9>
23. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації). URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky_zoz.pdf
24. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України №2802-ХІІ від 19.11.92. Верховна Рада України. Відомості Верховної Ради України. 1993. №4. С. 19. із змінами внесеними згідно з Законом N 2592-VI (2592-17) від 07.10.2010. (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). URL: <http://za-kon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>.
25. Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. URL: irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis.../cgiirbis_64.exe?...
26. Показники досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmd-coverage-indicators>
27. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу : наказ МОЗ України №148 від 26.01.2018 року. URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn_20180126_148.pdf
28. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>
29. Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 507 від 28.12.2002р. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20021228_507.html.

30. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201. URL: <http://moz.gov.ua/ua/portal>.
31. Про Порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>
32. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Організація і зміст роботи лікувально-профілактичних закладів на різних етапах медичного забезпечення сільського населення» для підготовки студентів 5-го курсу за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» / уклад. В.А. Огнєв, П.О. Трегуб – Харків : ХНМУ, 2018. – 35 с.
33. Стеценко В.Ю. Якість медичної допомоги: адміністративно-правовий вимір. URL: [file:///C:/Users/Natali/Downloads/Nvmgu_jur_2013_6-1\(1\)_52.pdf](file:///C:/Users/Natali/Downloads/Nvmgu_jur_2013_6-1(1)_52.pdf)
34. *Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник [Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В.]. Дніпропетровськ. 2016. 56с.*
35. Харрінгтон Дж. Совершенство управления изменениями : пер. с англ. / Дж. Харрінгтон / под ред. В.В. Брагина, 2008. 192 с.
36. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти. *Часопис Київського ун-ту права.* 2010. №2. URL: kul.kiev.ua/images/chasop/2010_2/213.pdf
37. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава.* 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159. URL: <https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/27328/8/18smmpps.pdf>
38. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник*

соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2 (84). С. 22-30.

39. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 64-69.

40. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збаразький замок, 9 вересня 2021 року.) *Вісник економіки*. 2021. № 4. С. 225-233. <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/45703/1/%D0%A8%D0%BA%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8F%D0%BA.PDF>

41. Ясінська Й. Зміни в організаціях: належне управління, кризові ситуації і умови досягнення успіху: Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук (Спеціальність 08.00.04 – економіка та управління підприємствами). Івано-Франківськ. 2016. 42с. URL: http://nung.edu.ua/files/attachment/avtoreferat_yasinska.pdf

42. Dluhopolskyi, O., Zhukovska, A., Dluhopolska, T., Farion, A., Karp, I., Kryvokulska, N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budeiovice, Czech Republic, June 5-6, 2019. pp. 346-349. URL: <https://doi.org/10.1109/ACITT.2019.8779933>

43. Zhukovska, A., Zheliuk, T., Shushpanov, D., Brych V., Brechko, O., Kryvokulska, N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT58437.2023.10275435>

Додатки