

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

МАРКУСЬ Ольга Миколаївна

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

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

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзм-21
О.М. Маркусь

Науковий керівник:
к.е.н., доцент А.Ю. Жуковська

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«___» _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Сутність та види контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я	7
1.2. Технології контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я	16
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ КНП «СТАРОВИЖІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» СТАРОВИЖІВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ	26
2.1. Характеристика умов надання та обсягів медичної допомоги у досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	26
2.2. Види медичної допомоги та способи контролю її якості в досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	37
2.3. Аналіз рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	37
Висновки до розділу 2	54
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	57
3.1. Комплексна система моніторингу результативності та якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я	57
3.2. Удосконалення механізмів моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги	66
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	78

ВСТУП

Актуальність проблеми. У сучасних умовах функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я зростає актуальність створення та впровадження нових форм управління, що забезпечують підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я при використанні наявних ресурсів та високій якості надання медичної допомоги.

Для успішного розвитку медицини високих технологій необхідно не тільки проводити заходи щодо переоснащення діючих закладів охорони здоров'я – основних надавачів медичних послуг, а й розробляти та впроваджувати дієві механізми управління, спрямовані на підвищення якості та ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

З огляду на різноманітність підходів до забезпечення якості медичної допомоги актуальним є аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду в цій сфері з точки зору узагальнення основних положень теорії та практики з метою розробки уніфікованих підходів до управління закладом охорони здоров'я, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги та ефективності його діяльності в цілому.

Якість медичної допомоги забезпечується, з одного боку, розвитком первинної медично-санітарної служби, а з іншого – високотехнологічними видами медичної допомоги. І той і інший напрямок вимагає кваліфікованих медичних кадрів, які здатні приймати клінічні рішення на основі наукового підходу, ефективних керівників закладів охорони здоров'я, які спроможні забезпечувати економічну та клінічну ефективність методів лікування.

Управління якістю – це безперервний процес надання медичної допомоги з метою забезпечення її якості шляхом послідовної реалізації управлінських функцій.

У Україні проблема забезпечення якості медичної допомоги вирішується, в основному, через контроль та оцінку якості – найбільш поширений і опрацьований напрямок, з точки зору існуючої нормативної бази, численних наукових досліджень та публікацій.

Разом з тим, із зарубіжного та вітчизняного досвіду відомо, що якість не виникає у процесі контролю, а планується та створюється на кожному етапі управлінського процесу. Така концепція передбачає планомірну та постійну діяльність, спрямовану на вдосконалення процесів, у яких якість необхідного рівня забезпечується на кожному етапі надання медичної допомоги, при цьому контроль та оцінка якості цієї допомоги є лише окремою ланкою в комплексі елементів системи управління якістю медичної допомоги. При такому підході оцінка якості є лише необхідним механізмом зворотного зв'язку в системі управління, а результати такої оцінки – вхідними даними для ухвалення управлінських рішень.

У сучасних економічних умовах питання управління якістю медичної допомоги все частіше розглядаються в аспекті підвищення технологічності всіх процесів її надання, стандартизації та оптимізації вибору медичних технологій, впровадження у практику принципів доказової медицини, нових форм та методів організації та інформатизації. Такі тенденції актуалізують обрану тематику кваліфікаційної роботи.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. З початком медичної реформи та імплементації у сферу охорони здоров'я принципів конкуренції питання якості та доступності медичної допомоги набули значної актуальності. Серед науковців, які займаються дослідженням якості медичної допомоги, слід відзначити: Ю. Вороненка, Є. Гороха, Т. Грузеву, Л. Жаліло, Т. Желюк, Г. Лопушняка, Т. Попович, Н. Рингач, А. Степаненко, О. Чабан, М. Шкільняка, Д. Шушпанова та інших. Попри досить широку популярність у наукових колах питання контролю якості медичної допомоги потребують більш детального теоретичного та практичного дослідження, що і обумовило вибір теми кваліфікаційної роботи.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретико-методичних положень та вироблення практико-орієнтованих рекомендацій щодо удосконалення системи контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Досягнення вищезазначеної мети зумовило необхідність вирішення наступних теоретико-методичних і практико-орієнтованих завдань:

- дослідити сутність та охарактеризувати види контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- охарактеризувати технології контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- проаналізувати обсяги надання медичної допомоги досліджуваним закладом охорони здоров'я;
- ідентифікувати види медичної допомоги та оцінити способи контролю її якості в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- проаналізувати рівень задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- розробити комплексну систему моніторингу результативності та якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- запропонувати напрямки удосконалення механізмів моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є технології контролю та моніторингу якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є теоретичні, методичні та практичні основи здійснення контролю якості медичної допомоги, що надається закладом охорони здоров'я, в умовах конкуренції та невизначеності.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання визначених завдань при проведенні дослідження та підготовці кваліфікаційної роботи були використані наступні **методи**: метод порівняння – для співставлення технологій контролю різних компонентів якості медичної допомоги; метод анкетного опитування – для визначення рівня задоволеності пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я якістю наданої медичної допомоги; економіко-математичні методи з використанням пакету прикладних програм SPSS, версія 12.0; Excel для Windows XP – для розрахунку рівня задоволеності

якістю медичної допомоги пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я; метод моделювання – для розробки комплексної системи моніторингу результативності та якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я; метод побудови алгоритмів – для проектування системи моніторингу результативності та якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я; метод кореляції – для розрахунку коефіцієнта кореляції Пірсона для оцінки відтворюваності на невеликій групі пацієнтів; метод «ретестової надійності» – для оцінки досить стабільних у часі властивостей якості медичної допомоги; критерій Стюдента – для чутливості рівня задоволеності якістю медичної допомоги відповідно до змін у стані пацієнтів.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку та удосконаленні теоретичних засад контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Практична значущість результатів підготовки кваліфікаційної роботи полягає в тому, що розроблені в ній теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення діючої системи контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я шляхом використання комплексної системи моніторингу результативності та якості медичної допомоги можуть бути використані в роботі КНП «Старовижівський центр перинної медичної допомоги» Старокиївської селищної ради та інших медичних установ України.

Апробація. За матеріалах проведеного дослідження опубліковано 2 тез доповідей: на тему: «Сучасні моделі управління якістю та їх використання в закладах охорони здоров'я» у збірнику VIII Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» [22] (Тернопіль, 27 жовтня 2023 року) та на тему «Комплексна модель моніторингу якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я» у збірнику Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [21] (Тернопіль, 24 листопада 2023 року).

РОЗДІЛ 1

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

1.1. Сутність та види контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

Поняття якості товару чи послуги у сфері виробництва та ринкової економіки тісно пов'язане з їх споживчими властивостями. Вони мають бути потрібними та корисними з погляду споживача. Міжнародна організація зі стандартизації визначає якість як таку сукупність властивостей продукції, яка надає їй здатність задовольняти конкретні потреби людей.

При оцінці якості товарів та послуг окремо розглядаються дві характеристики якості: якість виконання та якість відповідності.

Якість виконання – це «характеристика, що відображає ступінь, у якій товар чи надані організацією (групою осіб, об'єднаних однією метою) послуги фактично задовольняють потреби клієнтів» [18].

Якість відповідності – це «характеристика, що відображає ступінь, в якому продукція чи послуги, що надаються організацією, відповідають внутрішнім специфікаціям товару та послуги» [18].

Особливістю поняття «якість медичної допомоги» є те, що виконання обстеження та лікування хворого у повній відповідності до виду патології та специфікації (категорії) медичного закладу не завжди повністю задовольняє пацієнта у зв'язку з відсутністю у останнього об'єктивного уявлення про можливість корекції реального патологічного стану засобами сучасної медицини. З урахуванням цієї особливості поняття належної та неналежної якості медичної допомоги можуть бути сформульовані наступним чином.

Належна якість медичної допомоги – це відповідність наданої медичної допомоги сучасним уявленням про її необхідний рівень та обсяг при цьому виді патології з урахуванням індивідуальних особливостей хворого та можливостей конкретного медичного закладу.

Неналежна якість медичної допомоги – це невідповідність наданої медичної допомоги загальноприйнятим сучасним уявленням про її необхідний рівень та обсяг при цьому виді патології з урахуванням індивідуальних особливостей хворого та можливостей конкретного медичного закладу.

Проблема оцінки якості медичної допомоги у міру розвитку медичних технологій та зміни характеру захворювань постійно ускладнюється. У період, коли переважали гострі захворювання, критерії оцінки якості медичної допомоги були простіші: одужав-помер. Сьогодні превалюють хронічні хвороби, при яких ефект лікування вкрай різноманітний, а отже оцінювати якість медичної допомоги стало складніше. Крім того, медична допомога – це «послуга далеко не завжди зі знаком плюс» [23]. Наприклад, в результаті лікування хворого врятували від смерті, але у нього залишився частковий параліч або інший інвалідний наслідок хвороби. При цьому оцінка якості допомоги залежить від поглядів і вподобань споживачів. Таким чином, визначення поняття якості медичної допомоги та її оцінка у сучасних умовах потребують нових підходів та критеріїв.

Контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється у таких формах: відомчий контроль, державний контроль, внутрішній контроль та контроль якості і безпеки медичної діяльності (рис. 1.1).

Контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється такими способами: 1) дотримання вимог до провадження медичної діяльності, встановлених законодавством; 2) визначення показників якості діяльності закладів охорони здоров'я; 3) дотримання обсягу, термінів та умов надання медичної допомоги, контролю якості медичної допомоги фондами обов'язкового медичного страхування та страховими медичними організаціями відповідно до діючого законодавства в сфері обов'язкового медичного страхування; 4) створення системи оцінювання діяльності медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги; 5) створення інформаційних систем у сфері охорони здоров'я, які забезпечують, у тому числі, персоніфікований облік під час здійснення медичної діяльності.

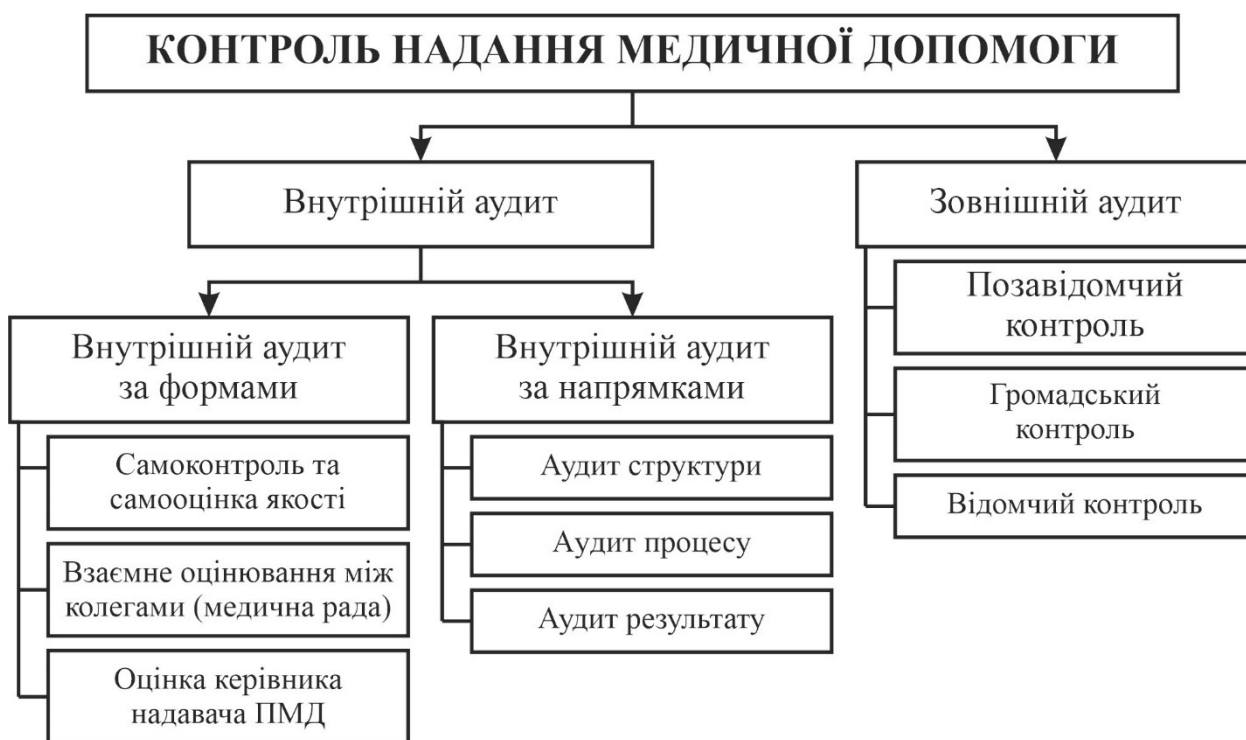


Рис. 1.1. Види контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

Примітка. Наведено за [4, с. 61]

Державний контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється органами державного контролю відповідно до їх повноважень шляхом: 1) проведення перевірок дотримання органами державної влади, органами місцевого самоврядування, державними позабюджетними фондами, медичними та фармацевтичними організаціями прав громадян у сфері охорони здоров'я; 2) здійснення ліцензування медичної діяльності; 3) проведення перевірок дотримання закладами охорони здоров'я порядків надання медичної допомоги та стандартів медичної допомоги; 4) проведення перевірок дотримання закладами охорони здоров'я порядків проведення медичних експертиз, медичних оглядів та медичних освідувань; 5) проведення перевірок дотримання закладами охорони здоров'я безпечних умов праці, вимог щодо безпечного використання та експлуатації медичних виробів та їх утилізації (знищення); 6) проведення перевірок дотримання медичними працівниками, керівниками закладів охорони здоров'я, фармацевтичними працівниками та

керівниками аптечних організацій обмежень, що використовуються при здійсненні ними професійної діяльності тощо.

Порядок організації та проведення відомчого контролю якості та безпеки медичної діяльності встановлюється уповноваженим органом державної виконавчої влади.

Внутрішній контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється державними, муніципальними та приватними закладами охорони здоров'я у порядку, визначеному керівництвом цих закладів.

Контроль обсягів, термінів, якості та умов надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я здійснюється у формі: 1) медико-економічного контролю; 2) медико-економічної експертизи; 3) експертизи якості медичної допомоги.

Медико-економічний контроль – це встановлення відповідності відомостей про обсяги наданої медичної допомоги застрахованим особам на підставі наданих до оплати закладом охорони здоров'я реєстрів рахунків умовам договорів на надання та оплати медичної допомоги з обов'язкового медичного страхування, програмі обов'язкового медичного страхування, способам оплати медичної допомоги та тарифам на оплату медичної допомоги.

Медико-економічна експертиза – це встановлення відповідності фактичних термінів надання медичної допомоги, обсягу наданих до оплати медичних послуг записів у первинній медичній документації та обліково-звітній документації закладів охорони здоров'я.

Порядок надання медичної допомоги розробляється за окремими її видами, профілями, захворюваннями або станами (групами захворювань або станів) і включає: 1) етапи надання медичної допомоги; 2) правила організації діяльності закладу охорони здоров'я (його структурного підрозділу, окремого лікаря); 3) стандарт оснащення закладу охорони здоров'я, його структурних підрозділів; 4) рекомендовані штатні нормативи для закладу охорони здоров'я, його структурних підрозділів; 5) інші положення, виходячи з особливостей надання медичної допомоги.

Стандарт медичної допомоги розробляється відповідно до номенклатури медичних послуг і включає середні показники частоти надання та кратності застосування: 1) медичних послуг; 2) зареєстрованих лікарських препаратів (із зазначенням середніх доз) відповідно до інструкції з використання лікарського препарату та фармако-терапевтичної групи у анатомо-терапевтично-хімічній класифікації, рекомендованій Всесвітньою організацією охорони здоров'я; 3) медичних виробів, що імплантуються в організм людини; 4) компонентів крові; 5) видів лікувального харчування, включаючи спеціалізовані продукти лікувального харчування; 6) інших компонентів виходячи з особливостей захворювання (стану) пацієнтів.

Система стандартизації медичної допомоги, яка розроблена і використовується в Україні, представлена на рис. 1.2.



Рис. 1.2. Система стандартизації медичної допомоги в Україні

Примітка. Наведено за [27]

Стандартизація, за визначенням Міжнародної організації зі стандартизації, – це діяльність, яка полягає у знаходженні рішень для систематично повторюваних завдань у сфері науки, техніки, економіки та ін. Стандартизація необхідна:

- для подальшого використання результатів діагностичних та лікувальних медичних послуг, які надані у різних закладах охорони здоров'я при наданні поетапної медичної допомоги;

- для порівняння результатів аналогічних медичних послуг, наданих в різних закладах охорони здоров'я;

- для адекватності статистики як інструмента регулювання стандартів за результатами їх використання.

Концепції стандартів чи еталонів якості медичної допомоги населенню лежать в основі методів аналізу якості медичної допомоги.

Стандарти «можуть бути виражені по-різному, і мати достатню кількість модифікацій в залежності від того, які елементи (компоненти, аспекти, параметри і т.д.) системи медичної допомоги вимірюються, в якій черговості, яким чином, який взаємозв'язок між тим, що вимірюється і тим, що вважається адекватним» [27]. Деякі елементи надання медичної допомоги вимірюються в номінальній формі, тобто стандарт виражений у відсотку випадків, коли цей елемент присутній чи відсутній.

Найбільш поширеним та затребуваним стандартом для оцінки медичної та економічної ефективності сьогодні у світі визнано систему діагностично-споріднених груп (англ. *Diagnosis Related Groups, DRG*), яка створена на основі аналізу кількох мільйонів медичних документів хворих, кожній діагностично-спорідненій групі присвоєно ваговий коефіцієнт складності лікування пацієнтів, що дозволяє визначити рівень використання ресурсів та вартість лікування (англ. *Cost Weight*).

Експертиза якості медичної допомоги здійснюється у вигляді: цільової та планової експертиз.

Цільова експертиза якості медичної допомоги проводиться протягом місяця після надання страхового випадку (медичних послуг) для оплати.

Під час проведення цільової експертизи якості медичної допомоги у випадках:

- 1) відібраних за результатами цільової медико-економічної експертизи,

для яких загальні строки проведення цільової експертизи якості медичної допомоги можуть збільшуватись до шести місяців з моменту подання рахунку на оплату;

2) повторного звернення (госпіталізації) з приводу одного й того самого захворювання, для яких встановлені терміни обчислюються з моменту подання рахунку на оплату, що містить інформацію про повторне звернення (госпіталізації).

Терміни проведення цільової експертизи якості медичної допомоги з моменту подання рахунку на оплату не обмежуються у випадку скарг застрахованих осіб або їх представників, летальних випадків, внутрішньо-лікарняного інфікування та ускладнень захворювань, первинного отримання інвалідності особами працездатного віку та дітей.

Цільова експертиза якості медичної допомоги проводиться у випадках:

- 1) отримання скарг від застрахованої особи або її представника на доступність та якість медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- 2) летальних наслідків під час надання медичної допомоги;
- 3) внутрішньо-лікарняного інфікування та ускладнення захворювання;
- 4) первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку та дітей;
- 5) повторного обґрунтованого звернення з приводу одного і того ж захворювання: протягом 30 днів – при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги, протягом 90 днів – при повторній госпіталізації захворювань з подовженим або укороченим терміном лікування більш ніж на 50% від встановленого стандартом медичної допомоги або середньо-злагодженого для всіх застрахованих осіб у звітному періоді із захворюванням, для якого відсутній затверджений стандарт медичної допомоги.

Кількість цільових експертиз якості медичної допомоги визначається кількістю випадків, які потребують її проведення.

Планова експертиза якості медичної допомоги проводиться з метою оцінки відповідності обсягів, термінів, якості та умов надання медичної допомоги групам застрахованих осіб, розділеним за віком, захворюванням або

групою захворювань, етапом медичної допомоги та іншими ознаками, умовами, передбаченими договором про надання та оплату медичної допомоги з обов'язкового медичного страхування.

Обсяг щомісячних планових експертиз якості медичної допомоги визначається планом перевірок страховими медичними організаціями закладів охорони здоров'я, узгодженим з фондом обов'язкового медичного страхування, та становить не менше: у стаціонарі – 5% від числа закінчених випадків лікування; у денному стаціонарі – 3% від числа закінчених випадків лікування; при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги – 0,5% від числа закінчених випадків лікування за результатами медико-економічного контролю.

Планова експертиза якості медичної допомоги проводиться у разі надання медичної допомоги з обов'язкового медичного страхування, відібраної: а) методом випадкової вибірки; б) за тематично однорідною сукупністю випадків.

Планова експертиза якості медичної допомоги методом випадкової вибірки проводиться для оцінки характеру, частоти та причин порушень прав застрахованих осіб на своєчасне отримання медичної допомоги встановленого програмою обов'язкового медичного страхування обсягу та якості, у тому числі зумовлених неправильним виконанням медичних процедур, що спричинило погіршення стану здоров'я застрахованої особи, додатковий ризик несприятливих наслідків щодо його здоров'я, неоптимальне витрачання ресурсів закладу охорони здоров'я, незадоволеність медичною допомогою застрахованих осіб.

Планова тематична експертиза якості медичної допомоги проводиться щодо певної сукупності випадків надання медичної допомоги з обов'язкового медичного страхування, відібраних за тематичними ознаками в кожному закладу охорони здоров'я або групі закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу з обов'язкового медичного страхування одного виду або в однакових умовах.

Вибір тематики здійснюється на підставі показників діяльності закладів охорони здоров'я, їх структурних підрозділів та профільних напрямів діяльності: 1) лікарняної летальності, частоти післяопераційних ускладнень, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку та дітей, частоти повторних госпіталізацій, середньої тривалості лікування, вартості медичних послуг та інших показників; 2) результатів внутрішнього та відомчого контролю якості медичної допомоги.

Планова тематична експертиза якості медичної допомоги спрямована на вирішення таких завдань: 1) виявлення, встановлення характеру та причин типових (повторюваних, систематичних) помилок у лікувально-діагностичному процесі; 2) порівняння якості медичної допомоги, наданої групам застрахованих осіб, поділеним за віком, статтю та іншими ознаками.

Планова експертиза якості медичної допомоги проводиться у кожному закладі охорони здоров'я, який надає медичну допомогу з обов'язкового медичного страхування, не рідше ніж один раз протягом календарного року у строки, визначені планом перевірок.

Експертиза якості медичної допомоги може проводитись у період надання застрахованій особі медичної допомоги (далі – очна експертиза якості медичної допомоги), у тому числі за зверненням застрахованої особи або її представника. Основною метою очної експертизи якості медичної допомоги є запобігання та (або) мінімізація негативного впливу на стан здоров'я пацієнта недоліків медичної допомоги.

Експертом з якості медичної допомоги разом із повідомленням адміністрації закладу охорони здоров'я може проводитися обхід його підрозділів з метою контролю за умовами надання медичної допомоги, підготовки матеріалів для експертного висновку, а також консультування застрахованої особи.

При консультуванні застрахована особа, що звернулася за отриманням медичної допомоги, інформується про стан її здоров'я, ступінь відповідності наданої медичної допомоги порядкам надання медичної допомоги та

відповідним стандартам, договору про надання та оплату медичної допомоги з обов'язкового медичного страхування з роз'ясненням його прав.

Експертом якості медичної допомоги, який здійснював проведення експертизи якості медичної допомоги, оформляється експертний висновок, що містить опис проведення та результати експертизи якості медичної допомоги, на підставі якого складається однойменний акт. Результати експертизи якості медичної допомоги, оформлені відповідним актом, є основою застосування до закладу охорони здоров'я відповідних заходів. На підставі актів такої експертизи уповноваженими органами вживаються заходи щодо покращення якості медичної допомоги.

1.2. Технології контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

До основних технологій контролю якості медичної допомоги належать:

- 1) медичні стандарти;
- 2) експертні оцінки;
- 3) показники діяльності медичних закладів, здоров'я населення.

Стандарти є нормативно-технічними документами, що регламентують норми, правила, обов'язкові вимоги до об'єкта стандартизації та затверджені відповідними компетентними органами. Згідно з глосарієм, стандарт якості медичної допомоги – це реально досяжний та нормативно затверджений на певний період часу рівень медичної допомоги.

Залежно від обраних класифікаційних критеріїв виділяють кілька видів медичних стандартів:

- 1) за рівнем прийняття стандарту: міжнародні, національні (федеральні), територіальні, локальні (місцеві);
- 2) за об'єктом стандартизації: структурно-організаційні, професійні, технологічні (медико-економічні), результативні;
- 3) за способом створення та використання: прості та групові.

Основним класифікаційним критерієм є рівень розробки та

затвердження медичних стандартів, оскільки від рівня прийняття стандартів залежить ступінь обов'язковості їх виконання. Так, національні стандарти затверджуються на державному рівні та є обов'язковими для виконання на всій території країни. Територіальні стандарти розробляються та затверджуються місцевими органами виконавчої влади на основі уточнення національних стандартів і є обов'язковими для виконання на конкретній адміністративній території. Локальні стандарти приймаються та виконуються на рівні окремих закладів охорони здоров'я. При цьому вимоги загальнодержавних нормативних документів мають безумовний пріоритет перед вимогами документів регіонального та місцевого рівнів і мають бути приведені у відповідність до них.

Виділення основних об'єктів стандартизації у охороні здоров'я обумовлено структурою якості медичної допомоги. До них належать: умови надання медичної допомоги; професійні якості медичних працівників; зміст лікувально-діагностичного процесу та результати медичної діяльності. Кожному об'єкту стандартизації відповідає особливий вид стандарту. Так, структурно-організаційні стандарти встановлюють вимоги щодо умов надання медичної допомоги; професійні – до професійних якостей медичних працівників; технологічні – передбачають перелік необхідних лікувально-діагностичних заходів відповідно до нозологічних форм хвороб з урахуванням статі, віку пацієнтів та низки інших біологічних ознак; результативні вимоги – до результатів діяльності системи охорони здоров'я.

В даний час основою діагностичних і лікувальних програм за видами медичної допомоги є уявлення про стандартизацію як про одну зі сторін єдиного процесу управління охороною здоров'я. Надана конкретному хворому медична допомога зіставляється зі стандартами обсягів лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів та термінів лікування за різних нозологічних форм захворювання. Схема стандарту включає чотири основні елементи: 1) набір рекомендованих лабораторно-діагностичних досліджень та консультацій фахівців відповідно до тяжкості захворювання; 2) перелік часто

використовуваних груп лікарських препаратів; 3) показники тривалості лікування залежно від тяжкості захворювання; 4) клінічні критерії результатів лікування; 5) середньостатистичний показник одужання.

У зв'язку з незавершеністю здійснюваної нині роботи з формування стандартів у практиці медичних установ широко використовується метод експертних оцінок. Його суть полягає в тому, що експерт (завідувач відділення, заступник головного лікаря з лікувальної роботи, заступник головного лікаря з клініко-експертної роботи, експерт страхової медичної організації та ін.) на основі наявних у нього уявлень, знань та досвіду виносить судження про рівень відповідного компонента якості та пропонує шляхи підвищення цього рівня. В даний час метод експертних оцінок є основним засобом контролю під час проведення акредитації діяльності закладів охорони здоров'я.

Метод експертних оцінок передбачає зіставлення реальних умов надання медичної допомоги, дій лікаря, який надає медичну допомогу, досягнутих результатів лікування з думкою експерта про те, якими вони мають бути. Використання цього методу дозволяє виявити типові помилки у роботі конкретних лікарів та медичних підрозділів та встановити їх причини; здійснити порівняльний аналіз якості медичної допомоги, що надається лікарями при різних захворюваннях, у різних медичних підрозділах, та на основі отриманої інформації розробляти заходи щодо вдосконалення якості медичної допомоги. В даний час в оцінці процесу лікувально-діагностичної допомоги широке застосування знаходять методика інтегрованої оцінки якості (МІОК), методика оцінки рівня якості діагностики та лікування (МОРЯЛ) та її модифікації, а також автоматизована технологія експертизи (АТЕ). Усі перелічені вище методи є спробами «стандартизації» процесу експертного оцінювання для зниження суб'єктивності цієї технології контролю та підвищення її «пропускну» спроможності». В даний час метод експертних оцінок знаходить широке застосування в оцінці якості технології та результату лікування конкретного пацієнта.

Ефективною технологією контролю якості медичної допомоги, що

традиційно використовується у практиці охорони здоров'я, є показники діяльності системи охорони здоров'я, які можуть бути умовно об'єднані у дві великі групи: показники забезпеченості населення медичною допомогою та показники діяльності закладів охорони здоров'я. Нижче представлені найменування та методики розрахунку деяких статистичних показників, що найбільш широко застосовуються для оцінки діяльності системи охорони здоров'я.

Забезпеченість населення медичною допомогою оцінюється за допомогою показників забезпеченості населення медичними кадрами, лікарняними ліжками, амбулаторно-поліклінічними відвідуваннями та ін. Показники забезпеченості населення медичними кадрами включають: 1) забезпеченість населення лікарськими (сестринськими) кадрами (чисельність лікарських (сестринських) кадрів/середньорічна чисельність населення) \times 10000); 2) співвідношення лікарських та сестринських кадрів (чисельність сестринських кадрів/чисельність лікарських кадрів); 3) питома вага лікарів (медичних сестер) окремих спеціальностей у загальній чисельності лікарів (медичних сестер) (кількість лікарів (медичних сестер) даної спеціальності / загальна кількість лікарів (медичних сестер)) \times 100); 4) укомплектованість лікарських (сестринських) посад (кількість зайнятих лікарських (сестринських) посад / число штатних лікарських (сестринських) посад) \times 100); 5) коефіцієнт сумісництва (кількість зайнятих лікарських (сестринських) посад / кількість фізичних осіб лікарів (медичних сестер)).

До показників забезпеченості населення стаціонарною медичною допомогою належать: 1) забезпеченість населення лікарняними ліжками (кількість лікарняних ліжок / середньорічна чисельність населення) \times 1000); 2) забезпеченість лікарняними ліжками міського населення (кількість ліжок у міських стаціонарах / число ліжок у міських стаціонарах, що використовуються для лікування сільських жителів / середньорічна чисельність міського населення \times 1000); 3) забезпеченість лікарняними ліжками сільського населення (кількість ліжок у сільських стаціонарах + число ліжок у міських

стаціонарах, що використовуються для лікування сільських жителів / середньорічна чисельність сільського населення $\times 1000$; 4) структура ліжкового фонду за профілями спеціальностей (кількість ліжок даного профілю / середньорічне число ліжок $\times 100$; 5) структура ліжкового фонду за інтенсивністю лікувально-діагностичного процесу (число ліжок даної інтенсивності лікувально-діагностичного процесу/середньорічне число ліжок $\times 100$; 6) навантаження на одну зайняту лікарську посаду (число ліжок/число зайнятих лікарських посад); 7) рівень госпіталізації населення чи госпіталізаційна активність (чисельність госпіталізованого населення/середньорічна чисельність населення $\times 100$).

Забезпеченість населення амбулаторно-поліклінічною допомогою оцінюється за допомогою комплексу спеціальних показників: 1) відвідуваність населенням амбулаторно-поліклінічних установ (кількість відвідувань до лікарів амбулаторно-поліклінічних установ/середньорічна чисельність населення); 2) середня чисельність населення ділянки (середньорічна чисельність населення, що обслуговується поліклінікою / число ділянок (терапевтичних, педіатричних та ін)); 3) структура відвідувань поліклініки за видом звернень (кількість відвідувань з приводу захворювань (профілактичних оглядів / загальна кількість всіх відвідувань поліклініки $\times 100$; 4) структура відвідувань поліклініки за лікарськими спеціальностями (кількість відвідувань до лікарів даної спеціальності / число відвідувань до лікарів усіх спеціальностей $\times 100$; 5) питома вага первинних відвідувань населення до лікарів поліклініки (кількість первинних відвідувань / загальна кількість відвідувань $\times 100$).

Система показників діяльності закладів охорони здоров'я включає показники, що характеризують роботу стаціонарних і амбулаторно-поліклінічних структурних підрозділів. Оцінка діяльності лікарняних установ проводиться на підставі вивчення організації та якості наданої населенню стаціонарної медичної допомоги. До показників організації стаціонарної допомоги належать: показники госпіталізації населення та показники

використання ліжкового фонду.

Показниками якості стаціонарної медичної допомоги є: 1) повторність госпіталізації (кількість хворих, госпіталізованих у цьому році повторно/загальна кількість госпіталізованих $\times 100$); 2) структура результатів госпіталізації (кількість хворих, виписаних з одужанням (покращенням і т.д.) / загальна кількість госпіталізованих $\times 100$); 3) загальна летальність (кількість померлих у стаціонарі хворих / число пролікованих хворих $\times 100$); 4) добова летальність (питома вага померлих у першу добу перебування у стаціонарі) (число померлих у перші 24 години після надходження до стаціонару / загальна кількість померлих у стаціонарі $\times 100$); 5) летальність у відділеннях (число померлих у даному відділенні / число пацієнтів, що вибули з даного відділення $\times 100$); 6) летальність при окремих захворюваннях (кількість померлих від даного захворювання / число пролікованих з приводу даного захворювання $\times 100$); 7) частота розбіжності клінічних та патологоанатомічних діагнозів (кількість випадків розбіжності клінічних та патологоанатомічних діагнозів / загальна кількість розтинів померлих $\times 100$).

У характеристиці діяльності стаціонарних установ особливого значення надається показникам роботи структурних підрозділів хірургічного профілю. До них відносяться: показники організації та якості хірургічної допомоги та показники екстреної хірургічної допомоги:

Система показників амбулаторно-поліклінічних установ включає показники організації та якості наданої населенню амбулаторно-поліклінічної допомоги, проведення профілактичних медичних оглядів та диспансерного спостереження.

До показників, що характеризують організацію та якість амбулаторно-поліклінічної допомоги відносяться: показники дільничності, показники навантаження на лікарську посаду, показники допомоги вдома, показники якості діагностичного процесу у поліклініці.

До показників, що характеризують організацію та якість профілактичних медичних оглядів, належать: 1) повнота охоплення населення періодичними

медичними оглядами (кількість оглянутих/число осіб, які підлягають огляду х 100); 2) частота виявлення захворювань при періодичних медичних оглядах (кількість захворювань, виявлених при профілактичному огляді / число оглянутих х 100); 3) охоплення населення цільовими медичними оглядами (кількість осіб, оглянутих з метою виявлення даного захворювання / середньорічна чисельність населення, що обслуговується поліклінікою х 100); 4) частота виявлення захворювань при цільових медичних оглядах (кількість виявлених захворювань при цільовому медичному огляді/число осіб, оглянутих з метою виявлення даного захворювання х 100); 5) частота застосування спеціальних методів обстеження (кількість осіб, обстежених за допомогою спеціальних методів діагностики / число оглянутих х 100); 6) повнота охоплення населення щепленням проти інфекційних захворювань (кількість осіб, щеплених проти інфекційних захворювань / кількість осіб, що підлягають щепленню х 100).

Для оцінки організації та якості диспансеризації населення використовуються такі показники: 1) охоплення населення диспансерним наглядом (кількість осіб, які перебувають на диспансерному обліку протягом року / середньорічна чисельність населення району обслуговування поліклініки х 100); 2) повнота охоплення населення диспансерним наглядом (кількість хворих, які перебувають на диспансерному обліку з приводу захворювання на кінець звітного року / загальна кількість хворих, які перебувають на обліку на кінець звітного року х 100); 3) структура захворюваності пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку (кількість хворих, які перебувають на диспансерному обліку з приводу даного захворювання на кінець звітного року / загальна кількість хворих, які перебувають на диспансерному обліку на кінець звітного року х 100); 4) своєчасність взяття хворих на диспансерний облік (кількість хворих, взятих на диспансерний облік протягом року з числа осіб з вперше встановленим діагнозом / число осіб з вперше в цьому році встановленим діагнозом х 100); 5) кількість випадків (днів) тимчасової непрацездатності працюючих осіб, які

перебувають на диспансерному обліку (кількість випадків (днів) тимчасової непрацездатності працюючих осіб, які перебувають на диспансерному обліку / загальна кількість працюючих, які перебувають на диспансерному обліку $\times 100$); 6) питома вага хворих, переведених з однієї групи диспансерного обліку до іншої (кількість хворих, переведених з однієї групи обліку в іншу/загальну кількість хворих, які перебувають на диспансерному обліку $\times 100$); 7) питома вага диспансерних хворих, переведених на інвалідність: (кількість диспансерних хворих, переведених на інвалідність / загальна кількість хворих, які перебувають на диспансерному обліку $\times 100$).

Таким чином, при оцінці складових якості медичної допомоги можуть бути використані різні за ступенем адекватності технології контролю: стандарти, експертні оцінки, показники діяльності системи охорони здоров'я та показники здоров'я населення. Їхня порівняльна характеристика представлена в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика технологій контролю різних компонентів якості медичної допомоги

Компоненти якості медичної допомоги	Фактично використовувані технології контролю якості	Найбільш оптимальні технології контролю якості
<i>Якість структури:</i> – функціональні можливості закладу охорони здоров'я; – професійні якості медичних працівників;	експертна оцінка прості та групові професійні стандарти	групові структурно-функціональні стандарти прості та групові професійні стандарти
<i>Якість процесу:</i> – технологія лікувально-діагностичного процесу;	експертна оцінка	прості технологічні стандарти та експертна оцінка
<i>Якість результату:</i> – лікування пацієнта; – лікування всіх пацієнтів закладу охорони здоров'я; – лікування всього населення.	експертна оцінка показники діяльності закладу охорони здоров'я показники здоров'я населення	прості технологічні стандарти та експертна оцінка показники діяльності закладу охорони здоров'я показники здоров'я населення

Примітка. Сформовано автором

Результати аналізу форм статистичної звітності закладів охорони здоров'я показують, що вони щорічно розраховують понад 100 тисяч різних обліково-звітних показників. Разом з тим, лише обмежена їх кількість використовується у плануванні та організації діяльності закладів охорони здоров'я. Більшість статистичних показників слабо корелюються із клінічною практикою. У системі практично відсутня необхідна статистична інформація для прийняття ефективних управлінських рішень. Одним із шляхів виходу з цієї ситуації є створення системи клінічного управління шляхом оптимізації інформаційного забезпечення лікувально-діагностичного процесу та впровадження інформаційної системи на основі обліку та аналізу витрат праці кожного медичного працівника та оцінки його трудового вкладу в лікування конкретного пацієнта.

Створення та впровадження нової інформаційної системи на основі управлінського аналітичного обліку сприяє більш ефективному вирішенню завдань стратегічного планування, забезпеченню переходу на економічні методи управління та підвищенню якості лікувально-діагностичного процесу, і, як наслідок, якості медичної допомоги в цілому.

Висновки до розділу 1

Враховуючи специфіку медичної послуги в процесі оцінки її якості виявлено дві її основні характеристики: якість виконання та якість відповідності. Під якість виконання медичної послуги запропоновано розуміти характеристику, яка відображає ступінь, у якій надані закладом охорони здоров'я медичні послуги фактично задовольняють потреби пацієнтів. Під якість відповідності медичної послуги запропоновано розуміти характеристику, що відображає ступінь, в якому медична послуга, що надається закладом охорони здоров'я, відповідає внутрішнім специфікаціям.

Встановлено, що контроль якості та безпеки медичної допомоги здійснюється у таких формах: відомчий контроль, державний контроль, внутрішній контроль та контроль якості і безпеки медичної діяльності.

Відомчий контроль якості та безпеки медичної допомоги здійснюється уповноваженим органом державної виконавчої влади відповідно до затвердженого порядку. Державний контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється органами державного контролю відповідно до їх повноважень. Внутрішній контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється державними, муніципальними та приватними закладами охорони здоров'я у порядку, визначеному керівництвом цих закладів. Контроль обсягів, термінів, якості та умов надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я здійснюється у формі: медико-економічного контролю; медико-економічної експертизи; експертизи якості медичної допомоги.

Визначено основні технології контролю якості медичної допомоги: медичні стандарти; експертні оцінки; показники діяльності медичних закладів, здоров'я населення. Медичні стандарти є нормативно-технічними документами, що регламентують норми, правила, обов'язкові вимоги до медичної допомоги та затверджені відповідними компетентними органами. Експертні оцінки передбачають зіставлення реальних умов надання медичної допомоги, дій лікаря, який надає медичну допомогу, досягнутих результатів лікування з думкою експерта про те, якими вони мають бути. Показники діяльності системи охорони здоров'я включають: показники забезпеченості населення медичною допомогою та показники діяльності закладів охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ КНП «СТАРОВИЖІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» СТАРОВИЖІВСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ

2.1. Характеристика умов надання та обсягів медичної допомоги у досліджуваному закладі охорони здоров'я

КНП «Старовижівський центр первинної медичної допомоги» Старовижівської селищної ради (КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР) є комунальним некомерційним підприємством, що надає послуги первинної медичної допомоги. КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР забезпечує надання первинної медичної допомоги населенню колишнього Старовижівського району, а саме жителям Старовижівської, Дубечненської, Сереховичівської, а також частині жителів Смідинської та Дубівської ОТГ. На території колишнього Старовижівського району зареєстровано 4 надавача медичних послуг, які уклали договори з НСЗУ на надання первинної медичної допомоги. Згідно кількості укладених декларації, КНП «Старовижівський ЦПМД» надає первинну медичну допомогу близько 65,8% населення колишнього Старовижівського район.

Метою діяльності КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР є якісне медичне обслуговування населення, дбайливе ставлення до комфорту пацієнтів, створення у пацієнтів відчуття захищеності та впевненості у позитивному результаті взаємодії та лікування.

Відповідно до визначеної мети, цілями діяльності КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР є:

1. Збереження здоров'я населення через попередження хвороб та популяризації здорового способу життя.
2. Забезпечення надання доступної та якісної медичної допомоги шляхом формування дружніх відносин, що ґрунтуються на взаємодовірі та повазі, комфортних умовах та професійності працівників.

3. Забезпечення більш ефективного використання наявних ресурсів (кадрових, матеріальних, фінансових, інформаційних).

4. Зміцнення репутації закладу охорони здоров'я як надійного закладу, який гарантовано надає медичну допомогу відповідно до сучасних стандартів і принципів доказової медицини.

Завданнями діяльності КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР є: 1) організація надання задекларованому населенню первинної медичної допомоги; 2) забезпечення належної доступності та якості первинної медичної допомоги для населення; 3) організація взаємодії із закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу, екстрену медичну допомогу паліативну медичну допомогу, медичну реабілітацію; 3) організація та надання невідкладної медичної допомоги населенню; 4) планування розвитку первинної медичної допомоги; 5) проведення організаційно-методичної роботи за напрямом первинної медичної допомоги; 6) здійснення фінансового та матеріально-технічного забезпечення первинної медичної допомоги; 7) забезпечення кадрового укомплектування; 8) забезпечення взаємодії між підрозділами закладу в інтересах удосконалення надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення.

До 01.06.2021 року в структуру КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР входили 8 амбулаторій ЗПСМ та 22 ФАПи. Однак, згідно вимог Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» [37] від 28 березня 2018 р. № 391 до надавачів медичних послуг, обов'язковим є забезпечення умов для медичного обслуговування та вільного доступу до будівель і приміщень надавачів медичних послуг осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення відповідно до норм визначених у ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель та споруд» (набрання чинності з 1 квітня 2020 року). Ця вимога щодо інклюзивності будівель та споруд є обов'язковою до виконання закладами охорони здоров'я,

що уклали договір з НСЗУ.

Фельдшерсько-акушерські пункти КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР не відповідали вимогам вищезгаданих ДБН, що поставило під загрозу перспективу підписання договору з НСЗУ за програмою медичних гарантій. Тому всі ФАПі 01.06.2021 року були виведені із організаційної структури КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР, а завідувачі ФАПів, з метою збереження кадрового потенціалу, були переведені на посади фельдшерів амбулаторій ЗПСМ, яким вони раніше підпорядковувалися.

Задля забезпечення сільського населення доступною і наближеною медичною допомогою адміністрація КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР звернулася до голів ОТГ, що були створені на території колишнього Старовижівського району, з пропозицією створити в населених пунктах громад, де немає амбулаторій, медичні пункти тимчасового базування (МРТБ), що будуть функціонувати відповідно до «Положення про медичні пункти тимчасового базування» [33], затвердженого наказом МОЗ України від 29.07.2016 року № 801 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» [38].

Відповідно, рішеннями Старовижівської, Сереховичівської, Дубечненської, Смідинської та Дубівської ОТГ було створено 23 МПТБ в запропонованих населених пунктах. Первинну медичну допомогу в них, відповідно до посадових обов'язків та графіків роботи, надають на умовах неповного робочого дня (0,5 ставки посади) фельдшери амбулаторій ЗПСМ (колишні завідувачі ФАПів). Фінансування на утримання МПТБ (включно із оплатою праці) здійснюють вищезазначені ОТГ.

Функціонування МПТБ має важливе значення в наближенні первинної медичної допомоги до пацієнта, особливо з урахуванням кадрових змін в КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР. Так, на протязі 2021 та початку 2022 років звільнилися 5 лікарів (3 лікарі ЗП-СЛ, 1 лікар-педіатр та 1 лікар-терапевт). Натомість, протягом другого кварталу 2022 року було прийнято на роботу в.о. медичного директора закладу охорони здоров'я, а також лікарський персонал

поповнився лікарем-терапевтом Дубечненської ЗПМС. А у серпні 2022 року було укомплектовано Смідинську АЗПМС лікаркою ЗП-СЛ.

Після всіх організаційних перетворень організаційна структура КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР складається з адміністративно-господарського підрозділу (адміністративно-управлінський персонал, бухгалтерія, адміністративно-обслуговуючий персонал) та медичного підрозділу, куди входить 8 структурних підрозділів (АЗПМС) та інформаційно-аналітичний кабінет (рис. 2.1). Організаційна структура досліджуваного закладу охорони здоров'я характеризується горизонтальним та вертикальним поділом праці, має дивізіональні зв'язки.

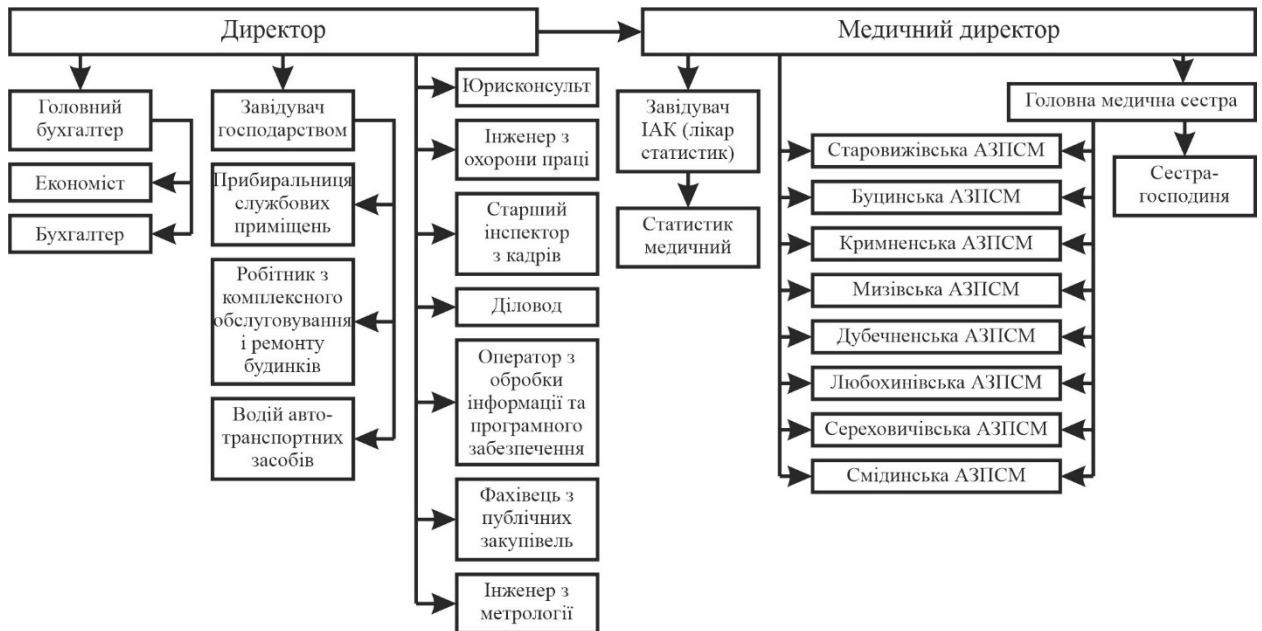


Рис. 2.1. Організаційна структура КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР

Станом на 01.01.2023 року в штатному розписі КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР зареєстровано 87,25 штатних одиниць (табл. 2.1).

Загальна чисельність працівників КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР становить 95 фізичних осіб, з яких 7 осіб перебувають у декретній відпустці до встановленого законодавством терміну.

Загальна кількість вакантних лікарських посад становить 1,5 (лікар загальної практики – сімейний лікар (1,0 шт. посад), лікар-педіатр (0,5 шт.

посад). Так, наразі неуккомплектованою залишається посада лікаря ЗП-СЛ Мизівської амбулаторії ЗПСМ.

Таблиця 2.1

**Кадрове забезпечення КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР
станом на 01.01.2023 року**

Найменування посад	К-сть штатних посад	К-сть зайнятих шт. посад	% укомплектованості	К-сть фізичних осіб
Лікарі	20,0	18,5	92,5	18
Молодші спеціалісти з медичною освітою	41,0	36,0	87,8	47
Молодший медичний персонал	6,25	5,5	88,0	7
Інші	20,0	15,0	75,0	16
ВСЬОГО	87,25	75,0	86,0	88

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР

На території колишнього Старовижівського району зареєстровано 4 надавача медичних послуг, які уклали договори з НСЗУ на надання первинної медичної допомоги. Це, власне, КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР, а також мережа приватних клінік ТзОВ «КСМ Біхелсі» та два ФОПи – Корець Л.С. та Гаврилюк А.С.

Станом на 01.01.2023 року між лікарями КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР та жителями Старовижівщини укладено 19 433 декларації, що становить лише 65,8 % населення колишнього Старовижівського району.

Інформація щодо кількості укладених декларацій у розрізі амбулаторій представлена в табл. 2.2. З числа укладених декларацій 76,1% складає доросле населення (14 792 жителі) та 23,9 % – дитяче населення (4641 дітей). Статева структура декларантів досить стабільна, у ній переважають жінки – 51,6%, чоловіки складають 48,4%.

Матеріально-технічне забезпечення КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР відповідає вимогам «Примірного таблицю оснащення» [40], затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2018 року № 148 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення

закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу» [40] зі змінами.

Таблиця 2.2

**Кількість укладених декларацій КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР
станом на 01.01.2023 року**

№ з/п	Назва амбулаторії	К-сть декларантів всього	К-сть декларантів віком 18-105 років	К-сть декларантів віком 0-17 років
1	Буцинська амбулаторія ЗПСМ	1977	1546	431
2	Дубечненська амбулаторія ЗПСМ	730	730	-
3	Кримненська амбулаторія ЗПСМ	2010	1528	482
4	Любохинівська амбулаторія ЗПСМ	1880	1383	497
5	Сереховичівська амбулаторія ЗПСМ	1959	1571	388
6	Смідинська амбулаторія ЗПСМ	670	576	94
7	Старовижівська амбулаторія ЗПСМ	10207	7458	2749
8	Мизівська амбулаторія ЗПСМ	-	-	-
	Всього:	19 433	14 792	4 641

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР

Усі амбулаторії ЗПСМ підключені до мережі Інтернет та укомплектовані автоматизованими робочими місцями. Договір на користування медичною інформаційною системою «МедЕйрг» підписано з ТзОВ «ІЛАЙФ». У 2021-2022 роках була продовжена робота по інформатизації закладу – доукомплектування комп'ютерною технікою кожного робочого місця, що дає можливість виконувати умови договору з НСЗУ в частині ведення електронних медичних записів, медичних карток, формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність, електронних направлень на консультації до вузьких спеціалістів та дообстеження, електронних рецептів тощо.

Також у червні 2021 року КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР отримало 8 діагностичних апаратно-програмних комплексів для телеметрії та телеметричного консультування, що в подальшому має сприяти наближенню до пацієнта якісної первинної медичної допомоги.

В межах реалізації урядової програми «Доступні ліки» лікарями КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР за 2022 рік було зареєстровано 9384

електронних рецепти. В структурі виписаних електронних рецептів найбільшу питому вагу займають ліки для хворих на серцево-судинні захворювання.

Поряд із пандемією коронавірусної інфекції новим викликом перед усією системою охорони здоров'я країни стала збройна агресія російської федерації проти України, яка розпочалася 24 лютого 2022 року. На фоні цієї війни COVID-19 зайняв другу позицію за актуальністю. Однак всі заходи з метою виявлення та запобігання подальшого розповсюдження коронавірусної інфекції в КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР було продовжено. Так, за 2022 рік медичними працівниками досліджуваного закладу охорони здоров'я було виконано 3082 (у 2021 р. – 4063) обстежень експрес-тестами на виявлення антигенів до COVID-19. А також було відібрано та направлено на молекулярно-генетичне дослідження методом ПЛР у вірусологічну лабораторію ДУ «Волинський обласний лабораторний центр» 899 (у 2021 р. – 3361) зразків біологічного матеріалу (назофарингіальні мазки).

За 2022 р. було зареєстровано 579 (2021 р. – 1102) випадків захворювання на COVID-19. З них 40 хворих отримали стаціонарне лікування; 539 хворих лікувалися амбулаторно під наглядом сімейних лікарів. Два випадки, на жаль, завершилися летально; 577 хворих одужали. Відповідно, рівень захворюваності COVID-19 за 2022 рік становить 277,4 на 10 000 задекларованого населення.

За 2022 рік кількість відвідувань лікарів становила 40 628 (59 474 за 2021 рік), кількість відвідувань лікарями пацієнтів вдома – 1267 (893 за 2021 рік).

Кількість відвідувань середнього медичного персоналу (фельдшерів, які працюють на МПТБ) на самостійному прийомі за 2022 рік становила 42 422 (за 2021 рік – 79 613). Крім того, кількість відвідувань середнього медичного персоналу жителів вдома – 26 878 (за 2021 рік – 20 504).

З початком вакцинальної кампанії проти COVID-19 у березні 2021 року КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР уклало договір з НСЗУ «Вакцинація від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». Згідно цього договору в КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР

розгорнуто 6 постійних пунктів щеплення проти COVID-19.

Всього з початку пандемії за 2021-2022 роки проведено 15 455 щеплень. З них 11 440 щеплень було проведено у 2021 році, а у 2022 році виконано ще 4015 щеплень проти COVID-19. Первинний курс вакцинації (1 дозу вакциною «Jansswn» або дві дози усіх інших вакцин) проти COVID-19 отримали 6890 осіб; 80 осіб отримали одне щеплення проти COVID-19 та очікують на друге. Першу бустерну дозу вакцини проти COVID-19 отримали 1522 особи, друге бустерне щеплення отримали лише 73 особи.

Інформація в розрізі амбулаторій ЗПСМ наведена в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Кількість виконаних щеплень проти COVID-19 за 2021-2022 роки

№ з/п	Назва амбулаторії	Отримали 1 дозу	Отримали 2 дози	Отримали 3 дози	Отримали 4 дози
1.	Буцинська амбулаторія ЗПСМ	540	591	97	1
2.	Дубечненська амбулаторія ЗПСМ	542	526	113	22
3.	Кримненська амбулаторія ЗПСМ	315	321	64	1
4.	Любохинівська амбулаторія ЗПСМ	358	356	77	6
5.	Сереховичівська амбулаторія ЗПСМ	589	575	252	13
6.	Старовижівська амбулаторія ЗПСМ	4626	4521	919	30
	Всього:	6970	6890	1522	73

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР

Найбільшу кількість щеплень виконано вакциною «Комірнаті» – 10 691 щеплення; вакциною «Коронавак» – 3263 щеплення; вакциною «Астразенека» – 1184 щеплення; вакциною «Модерна» – 223 щеплення; вакциною «Янссен» – 94 щеплення.

Значна увага медичних працівників КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР приділяється ранньому виявленню туберкульозу. З цією метою лікарями сформовані групи «підвищеного ризику» населення на захворювання туберкульозом, що підлягають щорічному флюорографічному обстеженню;

визначаються особи, які не обстежені флюорографічно більше 2-х років. Метою є покращення епідемічної ситуації в напрямку зменшення кількості хворих на туберкульоз, зниження рівня захворюваності та смертності від туберкульозу, ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція), темпів поширення мультирезистентного туберкульозу, забезпечення безперебійного доступу до лікування туберкульозу хворим пацієнтам (контрольована хіміотерапія), а особам з підвищеним ризиком захворювання на нього – до якісного лікування, що відповідає вимогам національних та сучасних міжнародних стандартів, шляхом реалізації державної політики, що ґрунтується на принципах забезпечення загального та рівного доступу населення до високоякісних послуг з профілактики, діагностики і лікування туберкульозу. Забезпечується обов'язкове обстеження на туберкульоз хворих, що звернулися за медичною допомогою з симптомами, характерними для хвороб органів дихання, а також осіб, які кашляють і виділяють мокроту більше трьох тижнів, сформовані списки груп ризику з туберкульозу за епідемічними чинниками, за медико-біологічними чинниками, за соціальними чинниками, забезпечується своєчасне скерування до регіонального лікаря-фтизіатра, забезпечується санітарно-освітня робота серед населення та медичних працівників з питань профілактики та ранньої діагностики туберкульозу.

Протягом 2022 року з вперше встановленим діагнозом туберкульозу взято на облік до лікарів КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР 15 осіб (у 2021 році – 15) і 4 рецидиви (у 2021 році – 5). Серед вперше виявленого туберкульозу легень 6 випадків становлять деструктивні форми (у 2021 році – 8) і 11 бацилярні (у 2021 році – 13). Захворюваність туберкульозом становить 7,72 на 10 тис. задекларованого населення. За 2022 рік від туберкульозу померли 3 особи. Смертність становить 10,2 на 100 тис. осіб (у 2021 році – 3,4 на 100 тис.). Всього на кінець 2022 року на обліку у сімейних лікарів КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР знаходиться 16 осіб, хворих на активний туберкульоз. Оглянуто профілактично з метою виявлення хворих на туберкульоз 11308 осіб, в тому числі 840 підлітків.

Кількість жінок оглянутих профілактично за 2022 рік становить 783, з них із цитологічним дослідженням 119 (у 2021 році – 357). Значне скорочення цитологічних оглядів жінок в досліджуваному закладі охорони здоров'я пов'язане в першу чергу з розвитком приватної гінекологічної служби. Жінки надають перевагу візитам до профільних спеціалістів зважаючи, що для цього немає потреби отримувати направлення у сімейного лікаря.

На даний час у 8 амбулаторіях ЗПСМ розгорнуто 35 ліжок денних стаціонарів. У 2022 році проліковано 534 хворих, в тому числі 8 підлітків.

Кількість проведених по досліджуваному закладу охорони здоров'я ЕКГ-досліджень становить 2572 дослідження (у 2021 році – 2404). За 2022 р. кількість проведених аналізів становила 27023 (за 2021 р. – 41516). Обстежено швидкими тестами на наявність ВІЛ-інфекції 64 особи.

З метою організації та проведення рутинної імунізації в структурних підрозділах КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР функціонує 7 постійних та 1 тимчасовий кабінет щеплень, оснащених відповідно до «Положення про організацію та проведення профілактичних щеплень» [34], затвердженого наказом МОЗ України від 16.09.2011 №595 [34]. У кожному пункті наявні інструкції із застосування всіх медичних імунобіологічних препаратів, що використовуються для проведення щеплень (у тому числі тих, які не входять до переліку обов'язкових), протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах відповідно до чинних нормативів, підготовлені набори лікарських засобів та вироби медичного призначення для надання медичної допомоги при невідкладних станах, а також аптечки для надання термінової медичної допомоги медичним працівникам та технічному персоналу. У випадку виникнення аварійної ситуації під час зберігання ІБП та порушення умов «холодового ланцюга» медики діють відповідно до затверджених Термінових заходів. Для моніторингу температурного режиму під час зберігання та транспортування ІБП використовуються термолігери, терморесистор Q-tag та індикатор заморожування. ІБП від складу підприємства до пункту щеплень амбулаторії транспортуються в

термоконтейнерах, прекваліфікованих ВООЗ.

В умовах війни дуже важливо вчасно вакцинувати дітей та дорослих від інфекційних хвороб згідно з Календарем профілактичних щеплень [17], а також надолужити пропущені щеплення тим, хто своєчасно не отримав планову вакцинацію. Наразі спостерігається, як внутрішня так і зовнішня міграція населення, що не дозволяє використовувати стандартизовану методику планування програми імунізації за даними демографічних показників. Однак, КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР продовжує надавати послуги з імунізації задекларованому населенню, а також за необхідності – внутрішньо переміщеним особам, незалежно від наявності декларації у таких осіб.

Обсяг виконання профілактичних щеплень серед цільових груп дитячого населення за 2022 склав 89,6% від запланованих.

Згідно з уніфікованою формою звітності «Укрвак» за 2022 рік рівень виконання обсягів щеплень необхідного нормативного рівня (95%) не досягнуто по деяких позиціях, а саме: ОПВ до року 90,5%, ОПВ у віці 6 років 81,4%, ОПВ у віці 14 років 84,8% ; АКДП до року 81,6%, АДП у віці 6 років 79,9%; Хіб до року 86,4%; АДП-м у віці 16 років 84,4%.

В період воєнного стану актуальним питанням є проведення екстренної профілактики правця серед дорослого населення для створення імунологічного захисту. Так, за 2022 рік імунізовано проти правця 1617 дорослих осіб, що становить – 99,8% від запланованого Перспективного плану. Також проводиться імунізація від профілактики правця військовослужбовцям, наразі проведено 184 особам.

Медичними працівниками КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР активно ведеться робота з батьками по випадках відмов від вакцинації та обґрунтованості медичних протипоказань для покращення показників охоплення щепленнями. Часто зустрічаються немотивовані відмови батьків та ігнорування запрошення лікаря на вакцинацію. Проводяться комунікаційні заходи на користь вакцинації із проведенням бесід з вчителями, батьками з

актуальних питань імунопрофілактики вакцинокерованих інфекцій. Розміщуються статті в місцеву газету, публікації на сторінці підприємства в соціальних мережах з метою популяризації імунізації проти вакцинокерованих інфекцій.

Постійно проводиться моніторинг стану забезпеченості пунктів щеплень КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР медичними імунобіологічними препаратами та супутніми медичними матеріалами.

Проведений аналіз дозволив виявити проблемні питання в сфері надання медичних послуг КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР: дефіцит лікарських кадрів та висока питома вага (68,8%) лікарів пенсійного віку; забезпечення стабільної роботи закладу в умовах військового стану; відповідальність пацієнта та членів його сім'ї за стан власного здоров'я, здоров'я дитини (особливо в умові необхідності виконання профілактичних щеплень дітей, вакцинації проти COVID-19), достовірне та своєчасне інформування медичних працівників про його зміни.

2.2. Види медичної допомоги та способи контролю її якості в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [39], КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР надаються наступні види медичної допомоги та медичних послуг: «1) динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; 2) проведення діагностики та лікування найбільш поширених інфекційних та неінфекційних хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; 3) динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами; 4) надання в межах ПМД невідкладної

медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; 5) направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; 6) взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта; 7) проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань; 8) проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб; 9) надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя; 10) динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги; 11) здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною; 12) надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання

супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта; 13) направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі первинної медичної допомоги; 14) призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства; 15) ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть; 16) взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я; 17) взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я» [39].

Медична допомога в КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР надається згідно уніфікованих клінічних протоколів, що затверджені наказами МОЗ України. Обліково-статистична медична документація ведеться відповідно до встановлених норм. Звітні форми подаються вчасно у встановленому порядку. У досліджуваному закладі охорони здоров'я затверджені та застосовуються клінічні маршрути пацієнта. З 2020 року запроваджено та діють заходи, пов'язані з діагностикою та лікуванням хворих на COVID-19.

Наказом директора КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР від 01 грудня 2022 року № 220-од «Про організацію проведення оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування населення в КНП «Старовижівський ЦПМД» у досліджуваному закладі охорони здоров'я впроваджено систему контролю якості медичної допомоги, яка сприяє розвитку пацієнт-орієнтованого лікувально-діагностичного процесу, підвищенню рівня медичного обслуговування, захисту прав та інтересів пацієнтів.

Відповідно до «Порядку контролю якості медичної допомоги» [42], затвердженого наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 № 752, контроль

якості надання медичної допомоги у КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР здійснюється шляхом застосування: 1) методів зовнішнього контролю якості медичної допомоги; 2) методів внутрішнього контролю якості медичної допомоги; 3) самооцінки медичних працівників; 4) експертної оцінки; 5) клінічного аудиту; 6) моніторингу системи індикаторів якості, 7) атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу.

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється директором та медичною радою КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР в межах повноважень кожного з них.

Медичну раду КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР створено та затверджено її персональний склад наказом від 31 грудня 2020 року № 162-од.

Медична рада розглядає питання та надає пропозиції щодо: 1) безперервного підвищення професійного рівня спеціалістів досліджуваного закладу охорони здоров'я; 2) забезпечення прав та безпеки пацієнтів; 3) динаміки показників діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я, його структурних підрозділів та клінічних індикаторів якості надання медичної допомоги; 4) розбіжності діагнозів; 5) скарг пацієнтів або їх близьких осіб.

Одним з пріоритетних завдань Медичної ради КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР є моніторинг відповідності наданих медичних послуг державним вимогам стандартів, нормативів, клінічних протоколів. Медичною радою у 2022 році проведено три засідання. Вона приймає рішення, які доводить до відома керівника досліджуваного закладу охорони здоров'я.

З метою контролю якості надання медичної допомоги 1 раз на місяць проводиться перевірка ведення медичної документації. Для цього використовуються критерії, затверджені наказом від 01 грудня 2022 року від № 220-од «Про організацію проведення оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування населення в КНП «Старовижівський ЦПМД».

Оцінюються такі параметри як: 1) відповідність формулювання клінічного діагнозу МКХ-10 та МКК 10-АМ; 2) інформативність та повний об'єм викладених в огляді лікаря відділення скарг пацієнта, анамнезу життя, анамнезу захворювання, неврологічного, локального статусу; 3) наявність добровільної усвідомленої згоди на діагностику та лікування, інформованість про права пацієнта, конфіденційність; 4) страховий анамнез; 5) інформативність записів (відображення динаміки стану пульс, ЧД, АТ тощо; 7) зміни в призначеннях та доведення їх до пацієнта, розбірливість записів і відсутність скорочень, наявність запису про наступну явку/неявку пацієнта); 8) повнота призначених обстежень відповідно до стандартів; 9) відповідність призначеного лікування встановленому діагнозу та протоколу лікування/клінічних маршрутів; 10) відповідність виписних рекомендацій встановленому діагнозу та протоколу; 11) наявність взаємодії в eHealth. Кожен параметр оцінюється самостійно лікуючим лікарем, завідувачем структурного підрозділу та відповідальною особою (медичним директором). Відповідно до оцінки розраховується рівень якості лікування.

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади у межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, здійсненням акредитації закладів охорони здоров'я, атестації лікарів, молодших спеціалістів із медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладах охорони здоров'я, здійсненням клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

У 2020 році КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР пройшло державну акредитацію та отримало «Першу акредитаційну категорію».

Протягом 2020-2022 років перевірок дотримання ліцензійних умов провадження медичної практики не відбувалосьь.

Рішень суду, приписів державних органів контролю та нагляду, які б могли б вплинути на оцінку якості медичної допомоги не було.

Порушень трудової дисципліни працівниками, які могли б негативно вплинути на якість надання медичної допомоги, не було.

Відповідно до наказу «Про організацію проведення оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування населення в КНП «Старовижівський ЦПМД» від 01 грудня 2022 року від № 220-од індикаторами якості надання медичної допомоги у КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР є:

1) результативність – медична допомога надається відповідно до галузевих стандартів, регулярно оцінюється задоволеність пацієнтів результатами медичної допомоги та медичного обслуговування, шляхом опитування, анонімного анкетування;

2) раціональність – своєчасність зібрання скарг та анамнезу, проведення обстеження, дотримання стандартів лікування;

3) безпека – оснащення амбулаторій згідно табелів матеріально-технічного оснащення, кваліфікований медичний персонал, медична допомога надається відповідно до галузевих стандартів, розроблених клінічних маршрутів пацієнта, відсутність ускладнень та поліпрагмазії в лікуванні; відсутність скарг пацієнта;

4) економічна ефективність – заключення договорів з НСЗУ, надання медичних послуг відповідно до наказу МОЗ від 19.03.2018 № 504;

5) доступність – розроблена та впроваджена система дистанційного запису на прийом до лікаря (через телефон реєстратури), графік проведення лабораторних обстежень, надання медичної допомоги працівниками амбулаторій на МПТБ;

6) своєчасність – відсутність черг через можливість попереднього запису на прийом, прийом і огляд лікарем до 15 хвилин;

7) комфорт для пацієнта – отримання згоди пацієнта на обстеження та лікування, дотримання етики та деонтології в спілкуванні з пацієнтом, дотримання прав пацієнта.

Індикатори оцінюється щодо кожного випадку як окремо – з метою негайного ліквідування причини незадоволення, так і щоквартально – з метою

порівняння та аналізу результативності дій щодо підвищення якості надання медичних послуг.

2.3. Аналіз рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги досліджуваного закладу охорони здоров'я

Для оцінки рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР було проведено соціологічне дослідження. Об'єктом дослідження стали пацієнти досліджуваного закладу охорони здоров'я: працюючі пацієнти, безробітні пацієнти, пенсіонери та діти. За одиницю спостереження приймався кожен анкетований. Загальний обсяг репрезентативної вибірки дослідження визначався за таблицею В.І. Паніотто з припущенням 5-відсоткової помилки. При розмірі генеральної сукупності 100-200 осіб обсяг дослідження повинен становити 28-33 анкети відповідно. Усього було опитано 30 пацієнтів, що повністю відповідає репрезентативності вибірки.

Для пацієнтів нами була розроблена анкета «Задоволеність якістю медичної допомоги» з урахуванням трикомпонентного підходу до оцінки якості медичної допомоги та можливістю статистичної обробки всіх матеріалів дослідження із застосуванням пакету прикладних програм SPSS, версія 12.0; Excel для Windows XP. З урахуванням соціального значення анкета була доповнена компонентом «доступність».

Анкета структурована в такий спосіб. Питання анкети за своєю формою були закритими (даний вичерпний варіант відповідей). Більшість з них є альтернативними, тобто такими, в яких передбачається вибір однієї із запропонованих варіантів відповідей. Проте трапляються й неальтернативні питання – вони передбачають можливість вибору кількох варіантів відповідей, тому загальна сума питомих відповідей може перевищувати 100%.

У ході проведення соціологічного дослідження використовувалася неповторна випадкова вибірка: один респондент заповнював анкету лише один раз. Вивчалася думка пацієнтів щодо цілої низки питань, присвячених їх

задоволеності різними компонентами якості медичної допомоги Оцінювалися такі блоки питань: ЗСК – задоволеність структурним компонентом якості (7 питань); ЗТК – задоволеність технологічним компонентом якості (8 питань); ЗРК – задоволеність результативним компонентом (14 питань); через свою соціальну значущість окремо був виділений блок питань ЗД – задоволеність доступністю медичної допомоги (7 питань).

На підготовчому етапі було проведено валідацію анкети за такими критеріями. Внутрішня стійкість оцінювалася за допомогою обчисленням α -коефіцієнта Кронбаха для кожної шкали за формулою, в якій враховано кількість пунктів (завдань) тесту, дисперсію за конкретним пунктом тесту та дисперсію сумарних балів по всьому тесту. Внутрішня узгодженість тесту за показником α -коефіцієнта Кронбаха за шкалами опитувальника перебувала в межах 0,74-0,81, що цілком задовольняло завданням дослідження.

Коефіцієнт кореляції Пірсона при оцінці відтворюваності на невеликій групі пацієнтів ми визначали методом «ретестової надійності», який використовується з метою оцінки досить стабільних у часі властивостей досліджуваного предмета (яким є якість медичної допомоги). Значення коефіцієнта загалом становило 0,81.

Чутливість (сенситивність) анкети – це її здатність давати достовірні зміни балів (рівня задоволеності якістю медичної допомоги) відповідно до змін у стані респондента (наприклад, в процесі лікування). Для розрахунку чутливості використано визначення парного критерію Стьюдента. У ході попереднього та основного дослідження (з інтервалом у 2 місяці) вивчалася чутливість шкал анкет для пацієнтів на малих вибірках. Результати проведеного аналізу показали відсутність достовірних відмінностей у двох серіях анкетного опитування ($p > 0,05$), що засвідчило достатню стабільність досліджуваного явища, а саме якості медичної допомоги.

Конструктивна валідність – це показник того, наскільки структура анкети дозволяє достовірно виміряти те, що він має вимірювати. При оцінці конструктивної валідності був використаний коефіцієнт кореляції Пірсона. В

результаті проведеного дослідження підтвердився прямий середньо-сильний зв'язок між аналізованими блоками анкети (ЗСК, ЗКР, ЗД) та підсумковим питанням про задоволеність якістю медичної допомоги (ЗДК) (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Результати кореляційного аналізу залежності загальної задоволеності якістю медичної допомоги від задоволеності пацієнтів за аналізованими блоками

	М	r(X,Y)	t	p
ЗСК	26.47			
ЗДК	3.69	0.3	7.03	p < 0.001
ЗТК	30.12			
ЗДК	3.69	0.1	1.4	p = 0.2
ЗРК	34.59			
ЗДК	3.69	0.5	10.3	p < 0.001
ЗД	33.47			
ЗДК	3.69	0.4	8.3	p < 0.001

Примітка. Розраховано автором

При аналізі показників задоволеності якістю медичної допомоги пацієнтів за допомогою розробленої нами анкети для зручності та наочності ми також розраховували інтегральний показник (Кзадовол – коефіцієнт задоволеності). Цей показник розраховується як середнє арифметичне показників задоволеності за блоками.

На етапі попереднього тестування було встановлено, що внесок оцінки різних блоків задоволеності пацієнтів різними компонентами якості медичної допомоги у загальну дисперсію наступний: блок задоволеності доступністю медичної допомоги (ЗД) – 0,33; блок задоволеності якістю структурного компонента медичної допомоги (ЗКБ) – 0,26; блок задоволеності якістю результату медичної допомоги (ЗКР) – 0,21; блок задоволеності якістю технологій медичної допомоги (ЗКТ) – 0,2.

Загальні результативні бали, отримані під час медико-соціологічного аналізу анкетування пацієнтів, формують значення інтегрального показника якості – Кзадовол (коефіцієнт задоволеності).

$$K_{\text{задовол}} = \frac{0,33 \text{ ЗД}}{5} + \frac{0,26 \text{ ЗКС}}{5} + \frac{0,21 \text{ ЗКР}}{5} + \frac{0,2 \text{ ЗКТ}}{5} \quad (2.1)$$

Інтерпретація даного показника здійснюється таким чином, що максимальне значення, що дорівнює 1, відповідає повній задоволеності пацієнта якістю наданої йому медичної допомоги; $K_{\text{задовол}} = 1,0-0,81$ – відмінний результат; $K_{\text{задовол}} = 0,8-0,71$ – хороший результат; $K_{\text{задовол}} = 0,7-0,41$ – задовільний результат; $K_{\text{задовол}} < 0,4$ – незадовільний результат.

На основі зібраних статистичних матеріалів нами сформовано бази даних для автоматизованої обробки з використанням прикладних програм Microsoft Excel, які успішно можуть використовуватись у будь-кому закладі охорони здоров'я (структурному підрозділі) під час проведення моніторингу задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги.

У медико-соціологічному дослідженні взяли участь такі групи респондентів: працюючі пацієнти – 17,3%; безробітні пацієнти – 7,9%; пенсіонери – 8,8%.

За рівнем освіти структура респондентів була представлена двома основними, практично рівнозначними блоками: особи з середньою та середньою спеціальною освітою склали 52,5%, з вищою – 47,5%. У наших дослідженнях значної кореляційної залежності між рівнем освіти пацієнтів та їх задоволеністю якістю медичної допомоги не було встановлено ($r = -0.1$).

Особливий інтерес представляють медико-соціологічні дані опитуваних про самооцінку рівня здоров'я. Серед респондентів, які зверталися за медичною допомогою, оцінили своє здоров'я як «погане та дуже погане» 24,8% пацієнтів, а кожен другий (49,7%) як «задовільне». Тільки 18,2% анкетованих відзначили хороший рівень свого стану здоров'я та 3,5% вказали на «відмінне» здоров'я. При цьому 3,8% респондентів вагалися з відповіддю. У наших дослідженнях було встановлено, що між рівнем самооцінки свого здоров'я та оцінкою сприйняття якості медичної допомоги, що надається у досліджуваному закладі охорони здоров'я, не встановлено вираженої кореляційної залежності – ($r = 0.1$). Це свідчить про те, що ми могли не враховувати вплив такого важливого суб'єктивного чинника, як самопочуття

пацієнта, на загальний рівень його задоволеності якістю медичних послуг.

Перші рангові місця серед основних причин звернень пацієнтів за медичною допомогою протягом останнього року займають: «необхідність лікування» – 25,2±1,9% випадків; «профілактичні огляди» – 16,0±1,7% та «побоювання за своє здоров'я» – 14,5 ±1,6%. При цьому слід взяти до уваги той факт, що питома вага причин звернень до лікаря у зв'язку із необхідністю проходження профілактичних оглядів може бути реально більшою за рахунок частки відповідей, що відображають необхідність направлення на обстеження за межі закладу (9,0±1,3%) та направлення на консультацію до лікаря-спеціаліста (9,4±1,3%).

Оцінка структурного компонента якості медичної допомоги показала, що переважна більшість респондентів високо оцінила матеріально-технічні, фінансові та кадрові ресурси досліджуваного закладу охорони здоров'я (табл. 2.5). Частка анкетованих, які відзначили якість структурного компонента як «відмінну», становила в різних групах від 54,5±9,2% до 76,0±8,5% без значних статистичних відмінностей. Кожен третій пацієнт (31,8±2,6%) оцінив рівень структурного компонента на «добре».

Таблиця 2.5

Розподіл оцінок у рівні задоволеності якістю структурного компонента медичної допомоги у різних групах анкетованих, %

Розподіл оціночних рівнів	Незадовільно 2-3 бали РЗКС < 0.7	Задовільно 3-3,9 бали РЗКС = 0,7-0,79	Добре 4,0-4,5 бали РЗКС = 0,8-0,9	Відмінно 4,6-5,0 бали РЗКС > 0.9
Працюючі пацієнти	0,5±0,4	7,6±1,8	31,9±3,2	60,0±3,4
Безробітні пацієнти	0	4,0±3,9*	20,0±8,0*	76,0±8,5*
Пенсіонери	0	5,5 ±3,1*	40,0±6,6*	54,5±9,2*
Діти	3,6 ±3,5%	10,7±5,8*	25,0±8,2*	60,7±9,2*
Усі категорії	0,6±0,4%	7,5±1,5*	31,8±2,6*	60,3±2,7*

Примітка. Розраховано автором

* $p > 0,05$ відносно до загальної кількості пацієнтів

Разом з тим, особливу увагу необхідно звернути на ті групи респондентів, які оцінили рівень структурного компонента якості медичної допомоги як «задовільний» або «незадовільний». Їхня частка в цілому склала

8,1%. У цій групі 72,0±8,9% пацієнтів були задоволені станом приміщень досліджуваного закладу охорони здоров'я, крім того, у 76,0±8,5% випадках негативне ставлення було пов'язане з оцінкою рівня оснащеності медичним обладнанням (апаратурою). Найнижчі оцінки прослідковуються у відповідях щодо стану приміщень (3,8-4,1 бали). За рівнем оснащеності обладнання середні оцінки становили 4,3-4,5 бали.

Оцінка доступності медичної допомоги як однієї з характеристик її якості дуже важлива, оскільки прослідковується її сильна кореляційна залежність ($r = 0.82$) з рівнем загального інтегрального коефіцієнта $K_{\text{задовол}}$. Більшість респондентів (до 65-66%) оцінюють рівень доступності медичної допомоги як «хороший» та «відмінний». Однак частка пацієнтів, які оцінюють фактор доступності як «задовільний», досить велика і за окремими групами респондентів становить від 28,1 до 32,0% без значних статистичних відмінностей (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Розподіл оцінок за рівнем задоволеності доступністю медичної допомоги в різних групах анкетованих %

Розподіл оціночних рівнів	Незадовільно 2-3 бали РЗДос < 0,7	Задовільно 3,1-3,9 бали РЗДос = 0,7-0,79	Добре 4.0-4.5 бали РУДос = 0,8-0,9	Відмінно 4,6-5,0 бали РЗДос > 0.9
Працюючі пацієнти	6,2±1,7	28,1±3,1	42,4±3,4	23,3±3,9
Безробітні пацієнти	0,0±0	32,0±9,3*	44,0±9,9*	24,0±8,5*
Пенсіонери	10,9±4,2*	29,1±6,1*	34,5±6,4*	25,5±5,8*
Діти	0,0±0	28,6±8,5*	32,1±8,8*	39,3±9,2*
Усі категорії	6,0±1,3 *	28,6±2,5*	40,3±2,7*	25,2±2,4*

Примітка. Розраховано автором

* $p > 0,05$ відносно до загальної кількості пацієнтів

Детальний аналіз відповідей респондентів різних груп, що характеризують рівень доступності як «незадовільний» і «задовільний», необхідний для виявлення чинників, які негативно впливають дану характеристику якості медичної допомоги.

У групі пацієнтів, незадоволених медичною допомогою за компонентом доступності (їх загальний питомий вага складає 34,6% в оціночній структурі),

були виявлені такі проблеми: 1) 46,8% анкетованих вказали, що час очікування прийому лікаря може становити 1 годину та вище; 2) близько 1/3 пацієнтів (27,5%) були недостатньо задоволені можливістю отримання спеціалізованої медичної допомоги, якщо у ній виникала потреба. На певні труднощі в отриманні консультації лікаря-фахівця також вказували до 31,1% анкетованих із числа незадоволених доступністю медичної допомоги. Це пов'язано з тим, що у 35,8% випадків дана консультація проводилася через тиждень чи протягом 2-7 днів після її призначення. Проведений множинний кореляційний аналіз показав, що саме задоволеність можливістю своєчасного отримання спеціалізованої консультативної та медичної допомоги має досить сильний вплив на загальну оцінку рівня інтегрального показника задоволеності якістю (Кзадовол) та доступністю медичної допомоги (ЗД). Кореляційні показники складають $r = +0.7$; $p < 0,05$; 3) на недостатньо високий рівень можливості отримання медичної допомоги у закладі для дітей (обмеження соціальної доступності) вказали 71,6% респондентів; 4) досить високий рівень матеріальної участі (купівля медикаментів, оплата лікування та інші види витрат) в організації лікування відзначили 45,9% респондентів. Цей факт свідчить про обмеження економічної доступності медичної допомоги.

Загалом порівняльний аналіз загальної оцінки доступності медичної допомоги різними категоріями пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я показав, що середні оціночні бали цього блоку становлять 4,1-4,2 бали без значних статистичних відмінностей між категоріями анкетованих. Однак по низці питань даного блоку були статистично значущі розбіжності в думках респондентів різних груп. Так, працюючі пацієнти більш високо порівняно із непрацюючими пацієнтами оцінюють можливість отримання медичної допомоги в умовах досліджуваного закладу охорони здоров'я, хоча частіше вказують на триваліший термін очікування прийому лікаря, ніж пацієнти інших груп. Пацієнти-пенсіонери, порівняно із працюючими пацієнтами, частіше відзначають свою матеріальну участь у лікувально-діагностичній процесі (купівлі медикаментів, оплата лікування), що

призводить до нижчої оцінки даної позиції (4,2 та 3,5 відповідно, при $p < 0.05$). Аналіз матеріалів проведеного дослідження свідчить, що до 36,4% респондентів-пенсіонерів брали участь в оплаті (повній або частковій) медичних послуг. При цьому найбільший попит мали послуги стоматолога, а також різні діагностичні послуги (лабораторні та діагностичні обстеження).

Оцінка результативного компонента якості медичної допомоги дозволяє вивчити рівень задоволеності пацієнтів як змінами свого стану здоров'я в ході проведеного лікування, так і підсумкову характеристику діяльності лікувально-діагностичних підрозділів та всього закладу охорони здоров'я загалом. Порівняльна оцінка результативного компонента за різними категоріями пацієнтів представлена табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Розподіл оцінок за рівнем задоволеності результативним компонентом якості медичної допомоги в різних групах анкетованих %

Розподіл оціночних рівнів	Незадовільно 2-3 бали РЗКР < 0.6	Задовільно 3,1-3,99 бали РЗКР = 0,62-0,79	Добре 4,0-4,55 бали РЗКР = 0,8-0,9	Відмінно 4,56-5,0 бали РЗКР > 0.9
Працюючі пацієнти	0±0	11,9±2,2	31,4±3,2	56,7±3,4
Безробітні пацієнти	0±0	4,0*±3,9	28,0*±8,9	68,0*±9,3
Пенсіонери	0±0	10,9*±4,2	36,4*±6,5	52,7*±6,7
Діти	0±0	25,0*±8,1	17,9*±7,2	57,1*±9,4
Усі категорії	0±0	12,2±1,8	30,8±2,6	56,9±2,8

Примітка. Розраховано автором

* $p > 0,05$ відносно до загальної кількості пацієнтів

Дані, отримані під час аналізу оціночних рівнів результативного компонента якості медичної допомоги свідчать про те, що практично кожен дев'ятий пацієнт закладу вважає, що результативність наданих медичних послуг достатньо високого рівня. На «добре» і «відмінно» оцінили питання даного блоку 87,7% усіх респондентів. При цьому статистично значущі відмінності в порівнянні з групою працездатних пацієнтів у інших групах респондентів не виявлено.

Практично у всіх групах респондентів було зазначено досить виражене покращення стану здоров'я внаслідок проведеного лікування. Середній

оціночний бал з цього питання склав 4,0-4,2 бали без значних статистичних відмінностей. Водночас пенсіонери та безробітні пацієнти за своїм станом здоров'я частіше відвідують лікарів, ніж працюючі пацієнти, що повністю пояснюється вихідним рівнем здоров'я цих категорій.

Досить позитивним є той факт, що всіма респондентами були високо оцінені результати діяльності різних функціональних підрозділів досліджуваного закладу охорони здоров'я – 4,7-4,8 бали при $p > 0,05$. При цьому респонденти висловлюють високий рівень довіри до лікувально-діагностичного процесу, оскільки дана ними оцінка безпеки лікування становить 4,4-4,4 бали ($p > 0,05$), а порівняно з іншими закладами охорони здоров'я досліджуваному закладу надається перевага (оцінний бал 4,8). Такою самою високою оцінкою характеризується рівень задоволеності пацієнтів роботою лікарського (4,7-4,9 бали) та сестринського персоналу (4,7-4,8 бали). У цілому рівень задоволеності лікувально-діагностичним процесом в досліджуваному закладі охорони здоров'я становить 4,6-4,8 бали без значних статистичних відмінностей за групами респондентів.

Незважаючи на те, що в цілому були отримані досить хороші оцінки рівнів задоволеності результативним компонентом якості медичної допомоги, особливий інтерес викликає аналіз причин, що стали основою формування групи пацієнтів, які дали «задовільну» оцінку діяльності досліджуваному закладу охорони здоров'я. Частка таких респондентів загалом становила $12,2 \pm 1,8\%$. У цій групі $46,2 \pm 7,9\%$ анкетованих були недостатньо задоволені змінами у стані свого здоров'я в ході проведеного лікування, а $56,4 \pm 7,9\%$ пацієнтів цієї групи висловили сумніви щодо безпеки лікування. Однак при цьому респонденти проблемної групи були задоволені роботою лікаря в $92,3 \pm 4,3\%$ випадків і в $79,5 \pm 6,5\%$ всією роботою досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Порівняльна оцінка процесного компонента різними категоріями пацієнтів представлена табл. 2.8.

**Розподіл оцінок за рівнем задоволеності процесним компонентом якості
медичної допомоги в різних групах анкетованих %**

Розподіл оціночних рівнів	Незадовільно но 2-3 бали РЗКТ < 0.6	Задовільно 3,1-3,99 бали РЗКТ = 0,62- 0,79	Добре 4,0-4,55 бали РЗКТ = 0,8-0,9	Відмінно 4,56-5,0 бали РЗКТ > 0.9
Працюючі пацієнти	0±0	13,3±2,3 (28)	36,7±3,3 (77)	50,0±3,5 (105)
Безробітні пацієнти	0±0	4,0**±3,9 (1)	36,0*±9,6 (9)	60,0*±9,8 (15)
Пенсіонери	0±0	7,2*±3,5 (4)	38,2*±6,6 (21)	54,5*±6,7 (30)
Діти	3,6±3,5 (1)	3,6**±3,5 (1)	32,1*±8,8 (9)	60,7*±9,2 (17)
Усі категорії	0,3±0,3 (1)	10,7±1,7 (34)	36,5±2,7 (116)	52,5±2,8 (167)

Примітка. Розраховано автором

* $p > 0.05$ по відношенню до категорії працюючих пацієнтів

** $p < 0.05$ по відношенню до категорії безробітних пацієнтів

Аналіз даних показав, що в цілому «хорошу» та «відмінну» оцінку рівню процесного компонента якості медичної допомоги дають 89% респондентів. Загальні оціночні рівні блоку відповідають досить високому рівню (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

**Порівняльний аналіз загальної оцінки процесного компонента якості
медичної допомоги**

Оцінка середнього балу блоку	Працюючі пацієнти			Безробітні пацієнти			Пенсіонери			Діти		
	М	±m	σ	М	±m	σ	М	±m	σ	М	±m	σ
ЗКТ	4,5	0,03	0,5	4,6	0,1	0,3	4,7*	0,07	0,5	4,2*	0,1	0,6

Примітка. Розраховано автором

* $p < 0.05$ порівняно з групою працюючих пацієнтів

На загальну оцінку задоволеності якістю медичних технологій впливає рівень задоволеності лікувально-діагностичним, реабілітаційним та профілактичним процесами, що проводяться в досліджуваному закладі охорони здоров'я. Є позитивна кореляційна залежність рівнів оцінок з цих питань із загальним сприйняттям процесного компонента ($r = +0.7$), для лікувального процесу $r = +0.8$.

У групі респондентів, які дали задовільні та незадовільні оцінки якості медичних технологій у досліджуваному закладі охорони здоров'я (їх частка

становить 11%), $28,6 \pm 7,6\%$ респондентів вважають, що лікарі застосовують недостатньо сучасні технології лікування. У $37,1 \pm 8,2\%$ випадках це стосується лікувального процесу, а у $40,0 \pm 8,3\%$ – технологій реабілітації. У $68,6 \pm 7,8\%$ випадків незадоволеність цієї групи пацієнтів була зумовлена якістю супровідних послуг у досліджуваному закладі охорони здоров'я. Кожен третій респондент цієї групи виставив низькі «задовільні» оціночні бали якості лікувально-охоронного режиму та технологій медико-профілактичної роботи.

Необхідно відзначити, що відношення різних категорій респондентів до організації лікувально-охоронного режиму в закладі зовсім не рівнозначно. Так, якщо безробітні пацієнти дали низьку оцінку з цього питання ($3,8 \pm 0,2$ бали), то працюючі пацієнти, що знаходяться на лікуванні, навпаки, достатньо високо оцінюють ці режимні заходи ($4,8 \pm 0,1$).

Підсумовуючи аналіз отриманих даних, необхідно уявити загальну характеристику задоволеності якістю медичної допомоги за рівнем загального інтегрального коефіцієнта. Серед всього масиву отриманих даних не було жодної відповіді, що свідчить про поганий рівень якості медичної допомоги. Загалом думки пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я представлені таким чином:

- 1) «задовільний» рівень ($K_{\text{задовол}} = 0,7-0,41$) – 2,5%;
- 2) «добрий» результат ($K_{\text{задовол}} = 0,8-0,7$) – 14,5%;
- 3) «відмінний» результат ($K_{\text{задовол}} = 1,0-0,81$) – 83,0%.

При цьому в різних групах анкетованих це співвідношення не мало статистичних відмінностей. Таке узгоджене сприйняття в оціночних рівнях свідчить про високий ступінь соціальної доступності медичної допомоги, коли відсутні будь-які переваги для різних груп пацієнтів. Середні значення оціночних та інтегральних показників за аналізованими блоками, на думку пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я, представлені в табл. 2.10.

У представленій таблиці наочно видно, що загалом рівень задоволеності всіма компонентами якості медичної допомоги у досліджуваному закладі охорони здоров'я досить високий і у межах хороших оцінок. Разом з тим, є

певний резерв, до ліквідації якого необхідно прагнути шляхом виявлення та усунення причин, що негативно впливають на сприйняття пацієнтами якості медичної допомоги. Особливо відзначили пацієнти у організації медичної допомоги її доступність (середня оцінка – 4,11 бали).

Таблиця 2.10

Зведена таблиця середніх значень бальних оцінок задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги за блоками

Середні оціночні значення блоків								Інтегральний показник
ЗСК	РЗСК	ЗКТ	РЗКТ	ЗКР	ЗКР	ЗД	РЗД	0,88
4,55	0,91	4,52	0,9	4,51	0,9	4,11	0,82	

Примітка. Розраховано автором

Таким чином, розроблена відповідно до основних принципів соціологічних досліджень анкета оцінки задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги дозволяє аналізувати не тільки медико-соціологічні характеристики респондентів, а й різні компоненти якості медичної допомоги як окремо, і у цілому, що першочергово необхідно для реалізації процесу управління. Вивчення задоволеності пацієнтів при диференційованому підході дає уявлення про проблеми, які часом приховані від погляду медичних працівників, але існують на різних рівнях медичної діяльності. Це, у свою чергу, може допомогти у виявленні так званих «слабких місць» в організації якісних лікувально-профілактичних заходів, а також щодо визначення конкретних шляхів удосконалення медичної допомоги. Оскільки орієнтація на споживача (пацієнта) має стати одним із базових принципів системи контролю якості медичної допомоги, медико-соціологічні дослідження можуть бути рекомендовані для аналізу якості надання медичної допомоги на різних рівнях системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 2

КНП «Старовижівський центр первинної медичної допомоги» Старовижівської селищної ради є комунальним некомерційним

підприємством, що надає послуги первинної медичної допомоги населенню колишнього Старовижівського району, а саме жителям Старовижівської, Дубечненської, Сереховичівської, а також частині жителів Смідинської та Дубівської ОТГ. Метою діяльності КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР є якісне медичне обслуговування населення, дбайливе ставлення до комфорту пацієнтів, створення у пацієнтів відчуття захищеності та впевненості у позитивному результаті взаємодії та лікування.

Проведений аналіз дозволив виявити проблемні питання в сфері надання медичних послуг КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР: дефіцит лікарських кадрів та висока питома вага лікарів пенсійного віку; забезпечення стабільної роботи закладу в умовах військового стану; відповідальність пацієнта та членів його сім'ї за стан власного здоров'я, здоров'я дитини (особливо в умові необхідності виконання профілактичних щеплень дітей, вакцинації проти COVID-19), достовірне та своєчасне інформування медичних працівників про його зміни.

Контроль якості медичної допомоги в КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР проводиться на основі наказу директора «Про організацію проведення оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування населення в КНП «Старовижівський ЦПМД» від 01 грудня 2022 року № 220-од. Він сприяє розвитку пацієнт-орієнтованого лікувально-діагностичного процесу, підвищенню рівня медичного обслуговування, захисту прав та інтересів пацієнтів.

Відповідно до «Порядку контролю якості медичної допомоги», затвердженого наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 № 752, контроль якості надання медичної допомоги у КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР здійснюється шляхом застосування: методів зовнішнього контролю якості медичної допомоги; методів внутрішнього контролю якості медичної допомоги; самооцінки медичних працівників; експертної оцінки; клінічного аудиту; моніторингу системи індикаторів якості; атестації/сертифікації

відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу.

Для оцінки рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР було проведено соціологічне дослідження, об'єктом якого стали пацієнти досліджуваного закладу охорони здоров'я: працюючі та безробітні пацієнти, пенсіонери та діти. Результати проведеного дослідження засвідчили, що рівень задоволеності всіма компонентами якості медичної допомоги у досліджуваному закладі охорони здоров'я досить високий і у межах хороших оцінок. Разом з тим, є певний резерв, до ліквідації якого необхідно прагнути шляхом виявлення та усунення причин, що негативно впливають на сприйняття пацієнтами якості медичної допомоги. Особливо відзначили пацієнти у організації медичної допомоги її доступність.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Комплексна система моніторингу результативності та якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

Моніторинг результативності та якості медичної допомоги – це періодичний процес збору інформації з метою визначення того, наскільки ефективно надається медична допомога на різних рівнях, які стимулюючі та стримуючі чинники впливають на цей процес. Моніторинг повинен проводитися регулярно, наприклад, щомісяця, щокварталу або щорічно. Це дозволить керівництву удосконалювати процес управління та коригувати свої рішення у разі виникнення помилок. Завдання моніторингу полягає у відстеженні змін, які відбуваються у ресурсному забезпеченні, процесах та кінцевих результатах, за допомогою ведення облікових записів, створення системи регулярної звітності, а також проведення досліджень серед надавачів та одержувачів медичної допомоги.

Перш ніж впроваджувати систему моніторингу для оцінки результативності та якості медичної допомоги, необхідно визначити цілі та завдання, які мають бути вирішені під час моніторингу.

Цілі – це ті основні результати, які мають бути досягнуті в ході практичної реалізації моніторингу. До безпосередніх цілей можна віднести охорону та зміцнення здоров'я громадян, підвищення доступності та якості медичної допомоги, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити ряд завдань. Наприклад, для покращення здоров'я населення необхідно домогтися зменшення рівня захворюваності, зниження лікарняної летальності, материнської та дитячої смертності.

В ідеальному випадку система моніторингу повинна містити цілі та завдання, а також набір показників, які дозволять визначити ступінь вирішення

поставлених завдань. Індикатори результативності та якості, а також способи їх виміру та оцінки, повинні бути чітко визначені до того, як система моніторингу почне працювати.

Пропонована система моніторингу результативності та якості медичної допомоги складається з трьох важливих компонентів: 1) логічної схеми, яка містить сформульовані цілі та завдання моніторингу і зв'язує між собою основні його елементи; 2) індикаторів, які визначають вимірювані показники; 3) методологію збору та аналізу даних.

На рис. 3.1 наочно представлено логічну схему послідовних кроків пропонованої системи моніторингу результативності та якості медичної допомоги.



Рис. 3.1. Логічна схема послідовних кроків моніторингу результативності та якості медичної допомоги

Примітка. Сформовано автором

Для ефективного впровадження рекомендованої системи моніторингу необхідно приділити особливу вагу етапу її проектування та побудови. Пропонуємо 12 основних кроків проектування та побудови системи моніторингу результативності та якості медичної допомоги, які залишаються

незмінними, незалежно від розміру та виду закладу охорони здоров'я, будь то департамент охорони здоров'я, місцеві органи охорони здоров'я, заклад охорони здоров'я або будь-яка інша організація, яка має справу з наданням медичної допомоги (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Пропонований алгоритм проектування та побудови системи моніторингу результативності та якості медичної допомоги

Примітка. Сформовано автором

Крок 1. Ідентифікація «спільних організаторів» моніторингу. «Спільними організаторами» моніторингу можуть виступати організації та приватні особи, які можуть здійснювати збір та обробку даних або найбільше потребують їх. Список потенційних «спільних організаторів» моніторингу включає працівників системи охорони здоров'я, керівників та осіб, які приймають управлінські рішення, працюють у громадських чи неурядових організаціях та зацікавлені у вирішенні проблем охорони здоров'я. Окрім них «спільними організаторами» моніторингу можуть бути інші організації, які не належать до сфери охорони здоров'я, але можуть бути зацікавлені у збиранні

або використанні даних моніторингу результативності та якості медичної допомоги. Це можуть бути страхові компанії, освітні та юридичні установи, соціальні служби. Деякі організації, наприклад, страхові компанії, можуть бути потенційними джерелами фінансово забезпечення системи моніторингу. Долучитись до цього процесу можуть всі місцеві громадські лідери, які не пов'язані з системою охорони здоров'я, але мають можливість допомогти отримати підтримку широкого загалу, політичних органів та інших впливових груп.

Крок 2. Визначення цілей системи. Потенційними цілями моніторингу результативності та якості медичної допомоги можуть бути: покращення системи надання медичної допомоги; покращення якості медичної допомоги; визначення тих сфер, які найбільш потрібне втручання; визначення тих сфер, де можна було б знизити витрати на охорону здоров'я, забезпечивши профілактику захворювань; отримання даних, які є важливими при прийнятті управлінських рішень (наприклад, як розподілити обмежені ресурси, щоб отримати найкращі результати); контроль та оцінка ефективності медичних програм.

Система моніторингу результативності та якості медичної допомоги може бути як всебічною і всеохоплюючою, так і сконцентровуватись лише на одній вузькій області.

Крок 3. Визначення «ключових індикаторів». Після того, як визначено цілі та завдання моніторингу, необхідно визначити індикатори для вимірювання ступеня досягнення поставлених цілей. Індикатори використовуються для вимірювання окремих складових логічної схеми моніторингу.

У широкому сенсі індикатори можуть використовуватись для моніторингу наступних елементів: зміни в часі (наприклад, динаміка обсягів споживання медичної допомоги); різниці між підгрупами генеральної сукупності (наприклад, дитяча захворюваність проти захворюваністю дорослих); характеристик груп населення та медичних установ (наприклад,

наявність певного обладнання або відсоток цільової аудиторії, яка одержала певні послуги); різниці між окремими медичними установами (наприклад, надання певних видів медичних послуг у двох закладах охорони здоров'я); ступеня досягнення поставленої мети (наприклад, дійсна кількість пацієнтів, які отримали певну послугу порівняно із запланованим).

Крок 4. Визначення джерел даних. Для більшості медичних закладів та інших стейкхолдерів сфери охорони здоров'я дійсність така, що: окремі медичні установи збирають дані, використовуючи власні методи, підходи та категорії; збирання даних ненадійне: у багатьох організаціях існуючі методи збору даних охоплюють не всі випадки, для яких розробляється система моніторингу, що ставить під питання якість отриманих даних (навіть якщо ведеться послідовний збір даних, більшість їх буває представлена у вигляді документальних записів, які обробляються вручну, що робить їх подальший аналіз довготривалим та складним, більш того, доступ до таких даних часто утруднений через різні обмеження та нездатність визначити корисність даних для моніторингу та планування); наявні дані нерепрезентативні, тобто не завжди відображають ситуацію по всьому населенню; це може бути пов'язано з тим, що деякі групи населення (наприклад, люди, які живуть в умовах хорошої інфраструктури міст) мають кращий доступ до лікувальних закладів, ніж інші (наприклад, люди, які живуть у віддалених сільських населених пунктах).

При оцінці та виборі потенційних джерел даних з метою моніторингу завдання полягають у тому, щоб: визначити, які джерела містять найбільшу кількість необхідних даних; налагодити взаємодію з організаціями, відповідальними за збір цих даних; розробити механізми для збирання, обробки, інтерпретації та надання даних.

Повторення кроків 1-4. На цьому етапі необхідно зібрати всі отримані відомості і повернутися до кроку 1, щоб переглянути початковий список «спільних організаторів» системи моніторингу. На цей час, можливо, з'являться нові потенційні «спільні організатори», а деякі будуть виключені.

Відредагувавши список «спільних організаторів», необхідно переглянути цілі (крок 2), визначення поняття «ключові індикатори» (крок 3), а потім список потенційних джерел даних (крок 4). На цьому етапі може знадобитися перегляд усіх пунктів або лише деяких із них.

Крок 5. Оцінка доступних ресурсів. Необхідно проаналізувати наявні ресурси та ті, які необхідно мобілізувати. Вони можуть включати: працівників, достатньо кваліфікованих для того, щоб заповнювати бланки та (або) витягувати з них необхідну інформацію, обробляти дані та складати звіти; обладнання та підручні матеріали (наприклад, комп'ютери (наявні або доступні), надійне джерело електрики для їх роботи. Також потрібно проінспектувати умови, у яких відбуватиметься моніторинг, особливо на перших етапах, тобто під час опитування людей та проведення глибоких інтерв'ю. Важливо, щоб навколишнє оточення та інтерв'юери створювали довірливе середовище для повідомлення інформації.

Крок 6. Інформування та залучення учасників моніторингу. Наступним кроком є інформування та залучення всіх організацій, які були визначені як можливі учасники системи моніторингу. Необхідно переконати учасників у тому, що моніторинг буде для них корисним, та забезпечити їхню участь у ньому. Зрештою, залучення людей, зацікавлених у результатах моніторингу, до розробки та використання системи моніторингу буде дуже корисним. Вони відчують себе повноправними учасниками завершеної системи, і це зробить її стійкішою.

Крок 7. Визначення інструментів збору даних. Обсяг даних, які необхідно буде зібрати, і їх тип залежать від визначених пріоритетів, а також наявних ресурсів. Визначення інструментів збору даних великою мірою залежить від цільової групи дослідження результативності та якості медичної допомоги, в яку можуть входити як надавачі медичної допомоги (медичні установи та медичний персонал), так і її одержувачі (пацієнти та домогосподарства).

Наступним кроком після визначення цільової групи має стати

планування вибірки. Після побудови дизайну вибірки слід вибрати відповідні методи збирання інформації. Це можуть бути різні соціологічні методи: проведення інтерв'ю, формування фокус-груп, проведення анкетних опитувань, аналіз документів, пряме спостереження тощо. Для кожного обраного методу необхідно підготувати робочий матеріал – інструкції інтерв'юерам, опитувальні листи, бланки анкет тощо. Необхідно відзначити, що вибір методу збору даних залежить від наявних ресурсів, часових рамок та вимог до отриманої інформації. Також важливо визначити, які показники звітності медичних установ можуть використовуватись для подальших досліджень.

Якщо наявної інформації недостатньо, то, залежно від цілей дослідження, мають бути розроблені програми обстеження надавачів та споживачів медичної допомоги. Якщо для проведення оцінок знадобляться нові дані, то при розробки концептуальної моделі необхідно врахувати додаткові інституційні можливості та інші ресурси, необхідні для отримання інформації.

Крок 8. Збір даних. При зборі даних необхідно мати на увазі, що важливість даних має порівнюватися з вартістю їх отримання. Слід визначити, хто збиратиме дані і де це відбуватиметься. У більшості випадків заповнюються бланки під час опитування пацієнтів, яке відбувається під час їх реєстрації та/або лікування.

Крок 9. Обробка даних. Системи обробки даних можуть бути ручними чи електронними. Хоча електронні методи обробки даних мають безліч очевидних переваг, вони можуть використовуватися тільки в тому випадку, якщо: комп'ютери вже знаходяться у використанні або їх можна придбати; персонал вміє користуватися комп'ютерами або може бути навчений цьому; є надійне джерело електрики; є надійне обслуговування приладів.

Ручні методи обробки даних більше підходять у тому випадку, якщо персонал не вміє користуватися комп'ютерами, комп'ютерів немає взагалі або постачання електрики для функціонування комп'ютерів надто ненадійне.

Який би метод обробки даних не був обраний, електронний або ручний, важливо, щоб при зберіганні даних і процедурі обробки зберігався принцип конфіденційності особистої інформації, наданої пацієнтами. Слід завжди пам'ятати, що пацієнти – важливі учасники системи, їхній внесок має визнаватися та поважатися.

Крок 10. Аналіз даних, розробка та відсилання звітів. Наступним кроком є складання основних звітів системи моніторингу, для яких встановлюється певна частота написання та розсилки. Ці основні звіти є засобом передачі результатів моніторингу всім зацікавленим особам. Звіт повинен складатися та поширюватися принаймні щокварталу. Однак при ухваленні рішення про розробку звітів та частоту їх написання повинні враховуватися потреби всіх учасників моніторингу.

Якщо використовуються електронні засоби обробки даних, написання базових звітів має бути автоматичним та швидким. Якщо всі учасники мають доступ до комп'ютерів та вихід в Інтернет (або у внутрішню локальну мережу), то є можливість надсилати та отримувати найсвіжішу інформацію.

Крок 11. Підготовка персоналу та активізація системи. До реалізації попередніх кроків активно залучались усі учасники моніторингу. Щоб зміцнити бажання людей приймати участь у моніторингу, необхідно планувати та здійснювати їхню підготовку по роботі з ним та використання даних, приймаючи до уваги частку їхньої участі. Підготовка повинна здійснюватися на трьох рівнях, всі учасники повинні пройти перший рівень, деякі – другий та лише окремі – третій рівень (табл. 3.1).

Система моніторингу може стати частиною навчальних занять. Як тільки люди стають експертами із заповнення бланків та обробки даних, ця робота може стати частиною їхніх повсякденних обов'язків. Документи, що визначають системні процедури та матеріали для підготовки, повинні бути завжди доступними для ознайомлення та підготовки новачків.

Крок 12. Моніторинг та оцінка результатів роботи. З початку своєї роботи система моніторингу потребує постійного контролю та періодичної

оцінки, які необхідні для швидкого виявлення та усунення проблем. Слід призначити людину, яка щодня контролюватиме систему і повідомлятиме про проблеми, що виникли. Він має непомітно контролювати інтерв'юєрів по мірі заповнення бланків, бланки також мають перевірятись.

Таблиця 3.1

Рекомендації щодо рівня підготовки персоналу, що бере участь у системі моніторингу

Рівень підготовки	Категорії працівників, що готуються до проведення моніторингу	Зміст підготовки до проведення моніторингу
I	Всі учасники моніторингу працівників, які оперують системою, до кінцевих користувачів	Знайомство з системою моніторингу результативності та якості медичної допомоги; огляд системи моніторингу, її цілей і можливостей використання
II	Всі учасники, які заповнюють бланки і обробляють дані	Детальне вивчення бланків з акцентом на розумінні класифікації даних і їх кодування; вміння отримувати необхідні дані від пацієнта, переконати їх прийняти участь в інтерв'ю, забезпечити конфіденційність отриманої інформації
III	Всі, хто приймає участь в кодуванні і обробці даних і повинен бути знайомий з методами обробки даних і програмним забезпеченням	Практичні заняття з отримання даних із бланків та їх кодування; оперування ручною та електронною системою обробки даних

Примітка. Запропоновано автором

Після закінчення шести місяців роботи системи має бути проведена детальна оцінка для визначення ступеня досягнення поставленої мети, а саме:

- здатності системи визначати всі випадки, що потрапляють у рамки системи моніторингу, правильно записувати та класифікувати дані щодо кожного випадку;

- точності та якості звітів (тобто, чи завжди правильно у звітах визначено випадки захворюваності, чи не було пропущених випадків);

- простоти використання бланків та системи обробки даних (тобто наскільки бланки та системні процедури доступні для розуміння; наскільки легко отримувати інформацію від опитуваних громадян);

– відповідність та корисність даних, що продукуються системою, для кінцевих користувачів.

Отже, впровадження запропонованих в параграфі логічної схеми послідовних кроків моніторингу результативності та якості медичної допомоги та алгоритму його проектування та побудови в роботу КНП «Старовижівський центр первинної медичної допомоги» Старовижівської селищної ради та на всіх рівнях надання медичної допомоги в Волинській області дозволить удосконалити наявну систему інформаційно-аналітичного забезпечення діяльності як досліджуваного закладу охорони здоров'я, так і сфери охорони здоров'я області в цілому.

3.2. Удосконалення механізмів моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги

Система моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги на муніципальному рівні повинна розроблятися поетапно. Практика показує, що у багатьох випадках краще розробити кілька простих схем, які можуть бути реалізовані найближчим часом, ніж проектувати складні та затратні механізми. На початковому етапі слід провести інвентаризацію існуючих можливостей з моніторингу та оцінки, які є в органів державної влади, органи місцевого самоврядування, галузевих міністерств, органів державної статистики та інших організацій (інститутів, різних недержавних організацій). Такий підхід сприяє знаходженню додаткових джерел інформації та подоланню нестачі ресурсів та необхідних навичок.

Для удосконалення механізмів моніторингу результативності та якості медичної допомоги на муніципальному рівні рекомендуємо такі підходи:

1. Встановлення та розвиток партнерських відносин з організаціями, що займаються збиранням та аналізом даних з метою набуття навичок моніторингу та оцінки. Потенційними партнерами можуть бути дослідні інститути, компанії, які опікуються громадською думкою, консалтингові фірми та інші зацікавлені організації. Співробітництво таких організацій може

здійснювались у різних формах, що включають: укладання контрактів на проведення обстежень, надання грантів для розробки систем моніторингу та підготовки фахівців, здійснення спільних досліджень.

2. Поширення українського та міжнародного досвіду в сфері моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги шляхом проведення навчальних семінарів за участю фахівців та представників органів місцевого самоврядування. Організація навчальних заходів та обмін досвідом сприяє розвитку співробітництва між науковцями та посадовими особами місцевого самоврядування, відповідальними за проведення моніторингу та оцінки. Бажано, щоб реалізовані на державному, регіональному та місцевому рівнях системи моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги доповнювали одне одного. Органам місцевого самоврядування та громадянам особливо важливою є оцінка ефективності стратегій, що реалізуються на муніципальному рівні. Органи державної влади відповідають переважно за збір та аналіз даних на державному та регіональному рівнях, у той час як органи місцевого самоврядування можуть аналізувати окремі підмножини регіональних даних, а також збирати та аналізувати інформацію, призначену для оцінки впливу на основні показники результативності місцевої політики та програм.

Моніторинг та оцінка результативності та якості медичної допомоги не повинні здійснюватися у відриві від публічної політики в сфері охорони здоров'я. Необхідно, щоб вони були тісно пов'язані з механізмами прийняття рішень, забезпечуючи таким чином зворотний зв'язок для органів управління охороною здоров'я, адміністрацій, розробників програм та громадянського суспільства.

Механізм зворотного зв'язку покликаний забезпечувати використання результатів моніторингу та оцінки при ухваленні рішень про майбутні дії. Необхідно, щоб одержані результати знаходили широке застосування. Для цього важливо довести їх до всіх зацікавлених сторін. Системи моніторингу та оцінки, націлені на надання результатів обмеженому колу користувачів

(наприклад, галузевому міністерству), ризикують бути використані не повною мірою та втратити політичну та фінансову підтримку. Цілком марно витратити час та ресурси на збір даних та індикаторів, якщо ці дані не набувають подальшого використання.

Механізми моніторингу та оцінки повинні використовуватись як потужний інструмент, спрямований на забезпечення ефективності управління в сфері охорони здоров'я. Добре розроблена система управління, що включає елементи моніторингу та оцінки, дозволяє:

- досягти прогресу з метою досягнення поставленої мети;
- порівнювати між собою показники діяльності установ та інших компонентів системи охорони здоров'я;
- ідентифікувати проблеми або слабкі місця в управлінні та функціонуванні системи;
- планувати майбутні заходи, причому планування має включати розподіл ресурсів і постановку цілей і завдань.

Зрештою моніторинг та оцінка повинні сприяти поліпшенню економічної та соціальної ефективності публічної політики в сфері охорони здоров'я шляхом чіткого виявлення як тих компонентів, що працюють добре, так і тих, що працюють погано. Проведення подібної діагностики може призвести до перегляду окремих тактичних заходів, наприклад призупинення тих дій, які здаються неефективними, та розробка нових підходів до подолання проблем та усунення слабких місць.

Результати моніторингу та оцінки не повинні використовуватися окремо від основи для прийняття управлінських рішень ще й з тієї причини, що самі по собі вони не розкривають причин успіхів та невдач публічної політики в сфері охорони здоров'я. Проте моніторинг та оцінка створюють основу для дискусії між усіма суб'єктами системи охорони здоров'я. У цьому випадку отримані результати можуть сприяти прийняттю управлінських рішень, що ведуть до успіху у довгостроковій перспективі.

Стратегія розповсюдження результатів має брати до уваги інформаційні

потреби різних учасників: органів управління охороною здоров'я всіх рівнів, органів місцевого самоврядування, міністерства фінансів, розробників політики, отримувачів медичної допомоги, засобів масової інформації та наукової громадськості.

Звіти про результативність публічної політики в сфері охорони здоров'я та реалізованих програм можуть бути призначені для департаментів та управлінь охорони здоров'я регіональних органів державної влади та органів місцевого самоврядування. Засоби масової інформації можна сповіщати за допомогою прес-релізу. Надалі засоби масової інформації можуть здійснювати інформування населення про основні тенденції у сфері охорони здоров'я населення. Поширення результатів серед громадських організацій може здійснюватися за допомогою семінарів, симпозіумів та круглих столів. Використання інтернет-технологій поширення інформації збільшує її доступність всім зацікавленим особам.

Крім основних результатів, громадськість повинна отримати доступ до баз даних та докладних описів методики аналізу. Відкритий доступ підвищує прозорість отриманих результатів та сприяє їх прийняттю у суспільстві. Доступність інформації також дає можливість зацікавленим організаціям провести незалежний аналіз та підвищує попит на дані, сприяючи таким чином створенню постійно діючої системи моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги.

Вище зазначалося, наскільки важливим є доведення результатів моніторингу та оцінки до відома розробників публічної політики у сфері охорони здоров'я громадян. Оскільки основні політичні рішення приймаються на стадії розробки бюджету, необхідні показники мають бути доступні органам державної влади, органам місцевого самоврядування та іншим відповідальним інститутам під час підготовки бюджету. При цьому необхідні не лише дані про витрати, основні вихідні продукти, а й показники, що свідчать про рівень ефективності публічної політики в сфері охорони здоров'я.

Важливу роль в розробці методики моніторингу та оцінки

результативності та якості медичної допомоги відіграють різні консультації як із представниками організацій, що задіяні на різних етапах моніторингу, так і з усіма, хто зацікавлений у результатах дослідження. Консультації важливі для досягнення згоди в тому, які завдання та індикатори мають бути обрані, що сприяє більш широкому використанню результатів та їх прийняттю у суспільстві. Консультації допомагають визначити індикатори оцінки ефективності медичної допомоги, особливо з погляду її соціального значення, і навіть сприяють залученню експертів із недержавних організацій.

Громадські та недержавні організації можуть відігравати важливу роль у процесі моніторингу, надаючи як експертне сприяння, так і приймаючи участь у моніторингу незалежно або в кооперації з муніципальним сектором. Крім того, недержавні та громадські організації можуть мати досвід проведення різних обстежень та спільного збору та аналізу даних, який є дуже корисним для органів місцевого самоврядування. Широке поширення результатів досліджень сприяє залученню недержавних та громадських організацій, які є користувачами інформації, в процес моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги.

Для наочності оцінки процесу та результатів надання медичної допомоги споживачам медичних послуг представляємо компас клінічних цілей закладу охорони здоров'я (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Компас клінічних цілей функціонування закладу

Примітка. Сформовано автором

Дане наочне уявлення про цілі діяльності закладу охорони здоров'я сприятиме у визначенні цілей і завдань моніторингу результативності медичної допомоги.

Отже, використання єдиної формалізованої методики моніторингу результативності медичної допомоги дозволяє створити єдину інформаційну базу, яка може використовуватися при прийнятті управлінських рішень, оцінці ефективності програм, що реалізуються в сфері охорони здоров'я, і проведенні різноманітних досліджень.

Висновки до розділу 3

Для удосконалення системи контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, в тому числі і КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР, необхідно запровадити в його діяльність комплексу систему моніторингу результативності та якості медичної допомоги, в основі якої лежать інноваційні механізми.

Моніторинг результативності та якості медичної допомоги – це періодичний процес збору інформації з метою визначення того, наскільки ефективно надається медична допомога на різних рівнях, які стимулюючі та стримуючі чинники впливають на цей процес. Моніторинг повинен проводитися регулярно, наприклад, щомісяця, щокварталу або щорічно. Це дозволить керівництву удосконалювати процес управління та коригувати свої рішення у разі виникнення помилок. Завдання моніторингу полягає у відстеженні змін, які відбуваються у ресурсному забезпеченні, процесах та кінцевих результатах, за допомогою ведення облікових записів, створення системи регулярної звітності, а також проведення досліджень серед надавачів та одержувачів медичної допомоги.

Пропонована система моніторингу результативності та якості медичної допомоги складається з трьох важливих компонентів: логічної схеми, яка містить сформульовані цілі та завдання моніторингу і зв'язує між собою основні його елементи; індикаторів, які визначають вимірювані показники;

методологію збору та аналізу даних.

Для ефективного впровадження рекомендованої системи моніторингу необхідно приділити особливу вагу етапу її проектування та побудови. Пропонуємо дванадцять основних кроків проектування та побудови системи моніторингу результативності та якості медичної допомоги, які залишаються незмінними, незалежно від розміру та виду закладу охорони здоров'я, будь то департамент охорони здоров'я, місцеві органи охорони здоров'я, заклад охорони здоров'я або будь-яка інша організація, яка має справу з наданням медичної допомоги

Для удосконалення механізмів моніторингу результативності та якості медичної допомоги на муніципальному рівні рекомендуємо такі підходи: встановлення та розвиток партнерських відносин з організаціями, що займаються збиранням та аналізом даних з метою набуття навичок моніторингу та оцінки; поширення українського та міжнародного досвіду в сфері моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги шляхом проведення навчальних семінарів за участю фахівців та представників органів місцевого самоврядування.

Інноваційні механізми моніторингу та оцінки повинні використовуватись як потужний інструмент, спрямований на забезпечення ефективності управління в сфері охорони здоров'я. Добре розроблена система управління, що включає елементи моніторингу та оцінки, дозволяє: досягти прогресу з метою досягнення поставленої мети; порівнювати між собою показники діяльності установ та інших компонентів системи охорони здоров'я; ідентифікувати проблеми або слабкі місця в управлінні та функціонуванні системи; планувати майбутні заходи, причому планування має включати розподіл ресурсів і постановку цілей і завдань.

ВИСНОВКИ

Дослідження організації контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, проведене на прикладі КНП «Старовижівський центр первинної медичної допомоги» Старовижівської селищної ради, дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції:

Дослідження специфіки медичної послуги дозволило виявити дві її основні характеристики, які слід використовувати в процесі оцінки її якості: якість виконання та якість відповідності. Під якістю виконання медичної послуги запропоновано розуміти характеристику, яка відображає ступінь, у якій надані закладом охорони здоров'я медичні послуги фактично задовольняють потреби пацієнтів. Під якістю відповідності медичної послуги запропоновано розуміти характеристику, що відображає ступінь, в якому медична послуга, що надається закладом охорони здоров'я, відповідає внутрішнім специфікаціям.

Вивчення теоретичних засад контролю якості та безпеки медичної допомоги дозволило виявити основні його види: відомчий контроль; державний контроль; внутрішній контроль; контроль якості і безпеки медичної діяльності. Відомчий контроль якості та безпеки медичної допомоги здійснюється уповноваженим органом державної виконавчої влади відповідно до затвердженого порядку. Державний контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється органами державного контролю відповідно до їх повноважень. Внутрішній контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється державними, муніципальними та приватними закладами охорони здоров'я у порядку, визначеному керівництвом цих закладів. Контроль обсягів, термінів, якості та умов надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я здійснюється у формі: медико-економічного контролю; медико-економічної експертизи; експертизи якості медичної допомоги.

Дослідження методичних засад контролю якості медичної допомоги дозволило виокремити такі його основні технології, як: медичні стандарти; експертні оцінки; показники діяльності медичних закладів, здоров'я

населення. Медичні стандарти є нормативно-технічними документами, що регламентують норми, правила, обов'язкові вимоги до медичної допомоги та затверджені відповідними компетентними органами. Експертні оцінки передбачають зіставлення реальних умов надання медичної допомоги, дій лікаря, який надає медичну допомогу, досягнутих результатів лікування з думкою експерта про те, якими вони мають бути. Показники діяльності системи охорони здоров'я включають: показники забезпеченості населення медичною допомогою та показники діяльності закладів охорони здоров'я.

Аналіз умов надання та обсягів медичної допомоги в КНП «Старовижівський центр первинної медичної допомоги» Старовижівської селищної ради показав, що досліджуваний заклад охорони здоров'я надає послуги первинної медичної допомоги населенню колишнього Старовижівського району, а саме жителям Старовижівської, Дубечненської, Сереховичівської, а також частині жителів Смідинської та Дубівської ОТГ. Метою діяльності КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР є якісне медичне обслуговування населення, дбайливе ставлення до комфорту пацієнтів, створення у пацієнтів відчуття захищеності та впевненості у позитивному результаті взаємодії та лікування.

Проведений аналіз дозволив виявити проблемні питання в сфері надання медичних послуг КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР: дефіцит лікарських кадрів та висока питома вага лікарів пенсійного віку; забезпечення стабільної роботи закладу в умовах військового стану; відповідальність пацієнта та членів його сім'ї за стан власного здоров'я, здоров'я дитини (особливо в умові необхідності виконання профілактичних щеплень дітей, вакцинації проти COVID-19), достовірне та своєчасне інформування медичних працівників про його зміни.

В результаті аналізу системи контролю якості медичної допомоги в КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР встановлено, що в досліджуваному закладі охорони здоров'я вона затверджена наказом директора «Про організацію проведення оцінки якості надання медичної допомоги та медичного

обслуговування населення в КНП «Старовижівський ЦПМД» від 01 грудня 2022 року № 220-од, який пріляє розвитку пацієнт-орієнтованого лікувально-діагностичного процесу, підвищенню рівня медичного обслуговування, захисту прав та інтересів пацієнтів.

В ході дослідження встановлено, що контроль якості медичної допомоги в КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР здійснюється відповідно до «Порядку контролю якості медичної допомоги», затвердженого наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 № 752 шляхом застосування: методів зовнішнього контролю якості медичної допомоги; методів внутрішнього контролю якості медичної допомоги; самооцінки медичних працівників; експертної оцінки; клінічного аудиту; моніторингу системи індикаторів якості; атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу.

Для оцінки рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР в роботі було проведено соціологічне дослідження, об'єктом якого стали пацієнти досліджуваного закладу охорони здоров'я: працюючі та безробітні пацієнти, пенсіонери та діти. Результати проведеного дослідження засвідчили, що рівень задоволеності всіма компонентами якості медичної допомоги у досліджуваному закладі охорони здоров'я досить високий і у межах хороших оцінок. Разом з тим, є певний резерв, до ліквідації якого необхідно прагнути шляхом виявлення та усунення причин, що негативно впливають на сприйняття пацієнтами якості медичної допомоги. Особливо відзначили пацієнти у організації медичної допомоги її доступність.

Для удосконалення системи контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, в тому числі і КНП «Старовижівський ЦПМД» ССР, необхідно запровадити в його діяльність комплексу систему моніторингу результативності та якості медичної допомоги, в основі якої лежать інноваційні механізми.

Моніторинг результативності та якості медичної допомоги – це періодичний процес збору інформації з метою визначення того, наскільки ефективно надається медична допомога на різних рівнях, які стимулюючі та стримуючі чинники впливають на цей процес. Моніторинг повинен проводитися регулярно, наприклад, щомісяця, щокварталу або щорічно. Це дозволить керівництву удосконалювати процес управління та коригувати свої рішення у разі виникнення помилок.

Пропонована система моніторингу результативності та якості медичної допомоги складається з трьох важливих компонентів: логічної схеми, яка містить сформульовані цілі та завдання моніторингу і зв'язує між собою основні його елементи; індикаторів, які визначають вимірювані показники; методологію збору та аналізу даних.

Для ефективного впровадження рекомендованої системи моніторингу необхідно приділити особливу вагу етапу її проектування та побудови. Пропонуємо дванадцять основних кроків проектування та побудови системи моніторингу результативності та якості медичної допомоги, які залишаються незмінними, незалежно від розміру та виду закладу охорони здоров'я, будь то департамент охорони здоров'я, місцеві органи охорони здоров'я, заклад охорони здоров'я або будь-яка інша організація, яка має справу з наданням медичної допомоги

Для удосконалення механізмів моніторингу результативності та якості медичної допомоги на муніципальному рівні рекомендуємо такі підходи: встановлення та розвиток партнерських відносин з організаціями, що займаються збиранням та аналізом даних з метою набуття навичок моніторингу та оцінки; поширення українського та міжнародного досвіду в сфері моніторингу та оцінки результативності та якості медичної допомоги шляхом проведення навчальних семінарів за участю фахівців та представників органів місцевого самоврядування.

Інноваційні механізми моніторингу та оцінки повинні використовуватись як потужний інструмент, спрямований на забезпечення

ефективності управління в сфері охорони здоров'я. Добре розроблена система управління, що включає елементи моніторингу та оцінки, дозволяє: досягти прогресу з метою досягнення поставленої мети; порівнювати між собою показники діяльності установ та інших компонентів системи охорони здоров'я; ідентифікувати проблеми або слабкі місця в управлінні та функціонуванні системи; планувати майбутні заходи, причому планування має включати розподіл ресурсів і постановку цілей і завдань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Белікова І.В., Костріков А.В., Радченко Н.Р. Інформаційне забезпечення моніторингу стану здоров'я населення в сучасних умовах. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2018. Т. 18, Вип. 1. С. 9-13.
2. Богомаз В.М., Горох Є.Л., Ліщишина О.М., Новічкова О.М., Росс Г., Степаненко А.В. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я. *Український медичний часопис*. 2010. № 1. С. 7-13.
3. Височина І.Л., Башкірова Н.С., Аношко А.М. Контроль якості роботи сімейного лікаря в Україні як запорука успішної практики. *Клінічна і профілактична медицина*. 2022. № 2 (20). С. 60-65.
4. Височина І.Л., Башкірова Н.С., Аношко, А.М. Контроль якості роботи сімейного лікаря в Україні як запорука успішної практики. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 2 (20). С. 60-65.
5. Вовк С.М., Вовк Т.В., Чумаріна Т.В. Питання контролю якості в управлінській політиці лікувально-діагностичного процесу. *Держава та регіони. Сер. Державне управління*. 2019. № 2. С. 50-54.
6. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. В.В. Горачук. Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012.
7. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб.; за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2018. 116 с.
8. Довгань В.І., Арзянцева Д.А., Захаркевич Н.П. Аудит якості медичних послуг закладу охорони здоров'я. *Наукові перспективи*. 2022. № 7 (25). С. 79-90.
9. Дячук Д.Д., Ліщишина О.М., Зюков О.Л., Гандзюк В.А. Індикатори якості в системах охорони здоров'я: в фокусі національних ресурсів результати, процеси та продуктивність. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 1(19). С. 90-101.
10. Економіка охорони здоров'я: підручник; за заг. ред. д.муд. н., проф. Парія В.Д.; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Житомир: ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк», 2021. 288 с. URL:

<http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/7397/1.pdf>

11. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. № 1. С. 37-50.

12. Желюк Т., Мацик В. Медичний туризм, нові напрями та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2021. Вип. 26. С. 17-27.

13. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2020. Вип. 25. С. 13-22.

14. 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>

15. Жуковська А.Ю. Соціальна і гуманітарна політика : навч. посіб. Тернопіль, Крок. 2014. 307 с.

16. 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>

17. Календар профілактичних щеплень в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 серпня 2014 року № 551. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/re26014?an=1>

18. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2022. № 1 (32). С. 58-69.

19. Кращі практики управління медичним закладом: посібник; проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2021. URL: https://миколаїв-5.пмсд.укр/wp-content/uploads/2021/12/manual-best-practices_web_compressed.pdf

20. 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>

21. Маркусь О. Комплексна модель моніторингу якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: матеріали Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу, 24 листопада 2023 року, м. Тернопіль. С.

22. Маркусь О. Сучасні моделі управління якістю та їх використання в закладах охорони здоров'я. Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі: VIII Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю. 27 жовтня 2023 року, м. Тернопіль. С.

23. Матвіїв В.В. Рівні доступності послуг ланки первинної медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я: маркетинговий підхід. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. Том. 21. Вип. 3 (52). С. 403-434.

24. Мельниченко О.А., Семененко С.В. Сучасний стан наукових розробок щодо публічного управління якістю первинної медико-санітарної допомоги населенню. *Таврійський науковий вісник*. № 3. С. 79-85.

25. Миронов А. Державний контроль як засіб забезпечення якості медичної допомоги. *Публічне право*. 2019. № 4 (36). С. 98-110.

26. Миронов А.Г. Державний контроль як засіб забезпечення якості медичної допомоги. *Публічне право*. 2019. № 4. С. 98-110.

27. Миронов А.Г. Державний та громадський контроль у сфері охорони здоров'я: спільні риси, відмінності та пріоритети в сучасній Україні. *Публічне право*. 2018. № 1. С. 165-170.

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

29. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf

30. Мотайло О.В. Стратегія удосконалення системи моніторингу за станом здоров'я населення України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 3. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2037>

31. Національна служба здоров'я України. 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>

32. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 438 с.

33. Положення про медичний пункт тимчасового базування: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 липня 2016 № 801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1170-16#Text>

34. Положення про організацію та проведення профілактичних щеплень: Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 16.09.2011 №595. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1238-14#Text>

35. Попкова Т. О. Вітчизняний та зарубіжний досвід у сфері управління якістю. *Ефективна економіка*. 2013. № 5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2045>

36. Попович Т.М. Управління якістю : навч. посібник. Тернопіль, КРОК, 2013. 320 с.

37. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>

38. Про затвердження Положення про центр первинної медичної

(медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 29 липня 2016 № 801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>

39. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 19 березня 2018 року № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

40. Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2018 року № 148. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0153282-98#Text>

41. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я від 11 вересня 2013 року № 795. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>

42. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

43. Рогачевський О. П. Теоретичні аспекти стратегічного управління якістю медичних послуг. *Український журнал прикладної економіки*. 2020. Том 5. № 4. С. 282-291.

44. Рудік Н. М., Побігай Л. Я. Інструменти та методологія оцінювання ефективності системи надання первинної медичної допомоги: досвід ЄС. Державне управління та місцеве самоврядування. 2021. Вип. 1(48). С. 122-131.

45. Сміянов В.А. Проблеми забезпечення якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини*. 2018. Т. 2, № 1. С. 5-10.

46. Степаненко А.В, Парій В.Д., Морозов А.М., Ліщишина О.М, Шуляк В.І., Горбань А.Є. Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України. Київ, 2012. 38 с. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/doc/Met_LPMD.pdf

47. Ткаченко В.І. Європейський досвід управління якістю медичних послуг та його ефективність у первинній медичній допомозі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 19-20. С. 132-140.

48. Ткаченко В.І. Система управління якістю: якість освіти, науки та клінічної практики в первинній медичній допомозі, законодавчо-нормативна база. *Сімейна медицина*. 2020. №1-2 (87-88). С. 8-14.

49. Толстанов О.К., Круть А.Г., Дмитренко І.А., Горачук В.В. Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрямки її вирішення. *Медичні перспективи*. 2022. № 27 (1). С. 166-173.

50. Чабан О., Бойко О. Формулювання засад для розроблення методики оцінювання якості медичних послуг. *Вимірювана техніка та методологія*. 2014. № 75. URL: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2017/jun/3684/vtm75st10.pdf>

51. Черниш К.Ю., Білошицька О.К. Системи управління якістю в закладах охорони здоров'я, приклади країн західного світу. *Збірник наукових праць ЛОГОС*. 2021. С. 213-217.

52. Шкільняк М. М, Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022 р. 258 с.

53. 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>

54. 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/27328/8/18smmppz.pdf>

55. Шкільняк М.М., Дерпак К.Ю., Дерпак Ю.Ю. Теоретико-методологічні основи досліджень державної політики щодо модернізації

системи надання первинної медичної допомоги. Сімейна медицина, європейські практики. 2023. № 2 (104). С. 24-29.

56. 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.

57. 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.

58. Шушпанов Д. Г. Доступність та якість медичної допомоги як детермінанти здоров'я населення. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23. С. 118-125. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33759/1/Шушпанов.pdf>

59. 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>

60. Lege artis. Про особливості стандартизації медичної допомоги в Україні. URL: <https://health-ua.com/article/19472-Lege-artis-pro-osoblivost-standartizats--medichno-dopomogi-v-ukran>

61. Shushpanov, D., Zheliuk, T., Zhukovska, A., Diakovich, L., Matsyk, V., Kotsur, A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. pp. 259-664. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT52158.2021.9548634>

62. Zhukovska, A., Brechko, O., Zheliuk, T., Chyгур, O., Shushpanov, D.,

Nytka, O. Information System and Technologies in the Health Care Management. 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (26-28 September, 2022). Spišská Kapitula, Slovakia, 2022. pp. 249-254. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT54803.2022.9913132>

63. 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. pp. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT58437.2023.10275435>