

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

ПЕТРУЩАК Ірен Адамівна

**Впровадження сучасних моделей управління
якістю в діяльність закладу охорони здоров'я /
Implementation of modern models of quality
management in the activity of a health care institution**

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

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзм-22
І.А. Петрущак

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. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Поняття управління якості та інструменти його здійснення в закладі охорони здоров'я	7
1.2. Міжнародні підходи управління якістю в закладі охорони здоров'я	16
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ДІЯЛЬНОСТІ	25
КНП «5-А МІСЬКА КЛІНІЧНА ПОЛІКЛІНІКА М. ЛЬВОВА»	25
2.1. Оцінка організаційного механізму управління якістю в діяльності досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	25
2.2. Аналіз системи контролю якості в досліджуваному закладі охорони здоров'я	33
2.3. Оцінка якості медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я на основі аналізу очікувань пацієнтів	39
Висновки до розділу 2	46
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ СУЧАСНИХ МОДЕЛЕЙ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	47
3.1. Запровадження міжнародних стандартів та моделей менеджменту в діяльність закладу охорони здоров'я	47
3.2. Інноваційна модель управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я	61
Висновки до розділу 3	68
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74

ВСТУП

Актуальність проблеми. На початку ХХІ століття головним чинником економічного зростання виступає інноваційний процес, який стає рушійною силою соціально-економічного розвитку. Стрімкий науково-технічний прогрес не оминув і охорону здоров'я, що є специфічною сферою національного господарства та входить у нові економічні відносини через формування, розвиток ринку медичних послуг. Під тиском зовнішніх обставин заклади охорони здоров'я змушені змінювати власні стратегії, системи та структури управління. Дефіцит фінансування як причина нестабільного становища закладів охорони здоров'я сьогодні відходить на другий план. Основною причиною неефективної діяльності є відсутність діючих організаційних технологій впровадження сучасних інструментів управління у практичну діяльність закладів охорони здоров'я. Необхідність перегляду основ управління закладами охорони здоров'я в умовах становлення ринкових відносин призвела до того, що багато фахівців з менеджменту почали активніше привертати увагу до питань якості медичних послуг. Якість у цей час стає стратегією багатьох організацій, в тому числі і закладів охорони здоров'я, і сприймається як основна складова конкурентної переваги.

Численні спроби реформування системи охорони здоров'я, формування нового конкурентного середовища змусило керівників закладів охорони здоров'я шукати шляхи підвищення ефективності діяльності та якості медичних послуг.

Головною метою системи охорони здоров'я на сучасному етапі є організація якісно нових моделей інфраструктури та схем управління, що ґрунтуються на використанні інноваційних технологій та їх адаптації відповідно до основних стратегічних цілей та завдань закладів охорони здоров'я. У цьому контексті найбільш актуальною проблемою стає побудова ефективної системи управління якістю в закладі охорони здоров'я.

У зв'язку з цим виникає необхідність одержання рекомендацій щодо впровадження конкретних технологій та моделей управління якістю, найбільш

цінними з яких є ті, які впроваджені на практиці та які довели свою високу результативність.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Зважаючи на доведену актуальність, над дослідженням різних аспектів системи управління якістю закладів охорони здоров'я працювала низка вітчизняних вчених, зокрема: О.К. Білошицька, О. Бойко, В.В. Горачук, І.А. Дмитренко, Т.Л. Желюк, А.Ю. Жуковська, Н.М. Кривокульська, А.Г. Круть, А.Г. Миронов, І.С. Миронюк, О.М. Новічкова, Т.О.Попкова, Т.М. Попович, О.П. Рогачевський, В.І. Ткаченко, О.К. Толстанов, О. Чабан, К.Ю. Черниш, М.М. Шкільняк та інші. Незважаючи на множину та ґрунтовність проведених досліджень малодослідженим залишаються напрямки впровадження сучасних моделей управління якістю в діяльність закладу охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. Метою написання кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретичних і методичних підходів, вироблення практичних рекомендацій щодо впровадження сучасних моделей управління якістю в діяльність закладу охорони здоров'я.

Досягнення поставленої мети актуалізувало необхідність вирішення таких теоретичних, методичних та практичних **завдань**:

- дослідити поняття управління якості та ідентифікувати особливості його здійснення в закладі охорони здоров'я;
- вивчити міжнародні підходи до управління якістю в закладі охорони здоров'я;
- оцінити організаційний механізм управління якістю в діяльності досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- проаналізувати систему контролю якості в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- оцінити якість медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я з точки зору очікувань пацієнтів;
- запропонувати напрямки запровадження міжнародних стандартів та моделей менеджменту в діяльність закладу охорони здоров'я;

– розробити інноваційну модель управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є технології управління якістю в закладі охорони здоров'я.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є теоретико-методичні та практико-орієнтовані засади здійснення управління якістю в закладі охорони здоров'я в умовах міжнародної та європейської інтеграції.

Для досягнення поставленої мети та виконання поставлених завдань при проведенні дослідження використовувались такі **методи**: метод анкетування – для оцінки якості медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я з позиції пацієнтів; метод порівняння – для співставлення якості медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я з аналогічним закладом цієї сфери; економіко-математичні методи – для розрахунку рівня якості медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я; метод моделювання – для формування інноваційної моделі управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у подальшому розвитку та удосконаленні теоретичних і методичних засад управління якістю в діяльності закладу охорони здоров'я.

Практичне значення результатів проведеного дослідження полягає в тому, що запропоновані в ньому шляхи запровадження міжнародних стандартів та моделей менеджменту в діяльність закладу охорони здоров'я та інноваційна модель управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я можуть бути використані в роботі КНП «5-а міська клінічна поліклініка м. Львова» та інших закладах охорони здоров'я України.

Апробація. За матеріалами проведеного дослідження опубліковано дві тез доповідей: на тему «Сучасні моделі управління якістю надання медичних послуг» у збірнику тез доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» [27] (4 травня 2023 року,

м. Тернопіль) та на тему «Система контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я» у збірнику тез доповідей Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [26] (24 листопада 2023 року, м. Тернопіль).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття управління якості та інструменти його здійснення в закладі охорони здоров'я

У сучасному суспільстві курс на підвищення якості та безпеки функціонування системи охорони здоров'я стає політичним пріоритетом і підтримується широкою мережею міжнародних організацій, зокрема Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Багато країн вже розпочали реалізацію національних стратегій, спрямованих на комплексне підвищення якості роботи медичної галузі. Подальший розвиток охорони здоров'я України також вимагає вирішення питання формування національної системи управління якістю та безпекою медичної діяльності, що передбачає єдині методичні, методологічні та організаційні підходи.

Початок процесу активного формування сучасних наукових та практичних підходів до оцінки якості в сфері охорони здоров'я розпочався у 1950-х рр., насамперед у США, де в систему охорони здоров'я почали активно інтегруватися сформовані в інших галузях економіки підходи до управління якістю послуг. Проте дослідники історії якості в сфері охорони здоров'я зазначають, що етапу активної експансії до медичної галузі індустріальних підходів управління якістю передував досить тривалий період самостійного розвитку медичної науки, у ході якого було закладено основи для формування «професійної моделі» управління якістю в сфері охорони здоров'я, в якій основними суб'єктами виступають лікар та професійна медична спільнота. З іншого боку, на початку ХХ століття були сформовані базові підходи до стандартизації діяльності закладів охорони здоров'я та інститут професійного ліцензування, що включає процес, за допомогою якого урядовий орган видає суб'єкту надання медичної допомоги дозвіл на певний вид діяльності, зазвичай після перевірки на відповідність мінімальним стандартам.

Подальший розвиток медичних технологій у ХХ ст., а також поділ систем охорони здоров'я за способами оплати медичної допомоги вимагали додаткової стандартизації діяльності медичних працівників та закладів охорони здоров'я, спрямованої, у тому числі, на стримування витрат на збереження показників якості медичної допомоги, а також організації систем управління якістю, що включають контроль за використанням ресурсів.

Впровадження в сферу охорони здоров'я та практичну медицину напрацювань основоположників менеджменту якості Е. Демінга (англ. *W.E. Deming*) та В. Шухарта (англ. *W. Shewhart*) заклало основу ідеології загального менеджменту якості та зумовило її подальший перехід до безперервного підвищення якості медичних послуг, а також запустило вже глобальну стандартизацію медичних процесів [51], що лягло в основу багатьох сучасних наукових та практичних підходів до управління якістю у сфері охорони здоров'я.

Аналіз зарубіжних літературних джерел дозволяє підтвердити дані, що наведені у вітчизняній літературі, про існування трьох базових моделей управління якістю в сфері охорони здоров'я, що сформувалися у сучасній світовій практиці: 1) «професійна» модель, у якій основними суб'єктами виступають лікар та професійна лікарська спільнота; 2) «адміністративна» (бюрократична або рутинна) модель, яка базується на стандартизації обсягів та результатів медичної діяльності, подальшому їх безперервному інспекційному контролю; 3) «індустріальна» модель управління якістю, яка є наслідком впровадження в організацію охорони здоров'я та практичну медицину результатів ідеології загального менеджменту якості охорони здоров'я та безперервного підвищення якості медичних послуг, що відповідає сучасним науковим уявленням про управління якістю у охороні здоров'я.

На підставі всіх представлених моделей можуть бути сформовані національні системи управління якістю, що включають організаційну структуру, процедури, процеси та ресурси, необхідні для забезпечення якості медичної допомоги. Разом з тим, аналіз наукових публікацій показує, що

більшість країн при розвитку національних підходів до управління якістю в сфері охорони здоров'я проходять послідовний шлях від «професійної» моделі управління якістю в сфері охорони здоров'я (зі збільшенням кількості медичних фахівців та клінічних підходів), через адміністративну модель (з розвитком та збільшенням вартості медичних технологій), до індустріальної моделі (із зростанням ролі пацієнта та його потреб при наданні медичної допомоги).

Для формування систем управління якістю в світовій охороні здоров'я найчастіше використовуються такі інструментами, як: 1) ліцензування суб'єктів надання медичної допомоги як спосіб перевірки їхньої відповідності мінімальним стандартам; 2) сертифікація окремих процесів та результатів медичної діяльності; 3) комплексна оцінка діяльності закладів охорони здоров'я у рамках акредитації.

Сьогодні у світовій науковій літературі ідеї та погляди «індустріальної» моделі управління якістю, що склалися в класичній недержавній (або приватній) моделі охорони здоров'я США, вважаються найбільш актуальними для сучасного етапу. В основі управління якістю та безпекою медичної діяльності США лежать принципи професійного регулювання діяльності медичних працівників шляхом їх ліцензування та добровільної акредитації закладів охорони здоров'я як підтвердження відповідності умов, де працюватимуть ліцензовані медичні працівники. Як додаткові інструменти оцінки та управління якістю медичної діяльності широко використовуються публікація відкритих, орієнтованих на споживача, звітів про роботу, складання публічних рейтингів закладів охорони здоров'я за стандартними, в тому числі за запропонованими на державному рівні параметрами.

Одним із базових інструментів управління якістю та безпекою медичної діяльності в США є процедура добровільної акредитації закладів охорони здоров'я – певний формальний процес, за допомогою якого законний суб'єкт, зазвичай неурядовий та незалежний, дає оцінку та визнає, що заклад охорони здоров'я відповідає вимогам чітко визначених та опублікованих стандартів.

Багато дослідників схильні вважати, що саме створення у 1952 р. у США спеціалізованої неурядової організації у сфері управління якістю медичних процесів – Спільної комісії з акредитації медичних організацій (англ. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO*), що акумулювала більшість раніше розроблених стандартів і способів контролю їх виконання, послужило основою для систематичного розвитку світових підходів до управління якістю в сфері охорони здоров'я. Визначальний вплив на цьому етапі мали такі ринкові механізми, як: висока конкуренція між закладами охорони здоров'я, а також прийняті в 1965 р. Конгресом США програми «Medicare³» та «Medicaid⁴», можливість участі в яких для закладів охорони здоров'я відкривала акредитація JCAHO.

Базові індустріальні підходи управління якістю медичної допомоги, прийняті в «приватній» сфері охорони здоров'я США (насамперед – акредитація закладів охорони здоров'я), були експортовані з 1960 до 1970 р. до Канади та Австралії, де діяла страхова модель фінансування охорони здоров'я. Внаслідок активної експансії поглядів та підходів JCAHO на управління якістю медичної допомоги у світі, в 1994 р. було організовано міжнародний акредитаційний підрозділ – Міжнародна комісія з акредитації (*Joint Commission International, JCI*), яка через 20 років стала найбільшою міжнародною організацією з акредитації закладів охорони здоров'я. Даною організацією акредитовано чи сертифікованих 718 закладів охорони здоров'я у 63 країнах світу.

У 90-ті рр. ХХ століття власні програми акредитації, аналогічні JCI, також з'явилися у Чехії, Фінляндії, Франції, Нідерландах, Польщі, Португалії, Іспанії, Швейцарії та інших країнах. При цьому лише в Боснії, Болгарії, Данії, Франції та Румунії національні акредитаційні програми мають обов'язковий характер, в інших країнах вони добровільні.

На Близькому Сході про позитивний досвід запровадження акредитації закладів охорони здоров'я свідчить досвід Саудівської Аравії, яка посідає 2-ге місце у світі за кількістю закладів охорони здоров'я, акредитованих JCI [57].

Окремі успіхи національних моделей акредитації відзначають у Йорданії та Тайвані.

У 2021 р. у Європі власні національні програми акредитації відсутні у Бельгії, Естонії, Греції, Латвії, Норвегії, Словенії та Швеції. Водночас 16 закладів охорони здоров'я Бельгії сьогодні акредитовано за американською системою JCI (20% усіх акредитованих JCI закладів охорони здоров'я в Європі).

Подібним з акредитацією механізмом впливу на якість в сфері охорони здоров'я, що активно розвивається в індустріальній моделі, є сертифікація, яка включає офіційне визнання відповідності діяльності закладу охорони здоров'я встановленим стандартам, підтвержене зовнішньою оцінкою уповноваженого аудитора. Активному розвитку процесів сертифікації у всіх галузях економіки після Другої світової війни сприяло зростання міжнародної торгівлі промисловими товарами, що призвело, у тому числі, до створення у 1947 р. Міжнародної організації зі стандартизації (англ. *International Organization for Standardization, ISO*), стандарти якої (наприклад, ISO 9001) набули розвитку в охороні здоров'я, особливо у сфері лабораторної діагностики [60].

Сьогодні сертифікація ISO – це добровільна оцінка, врегульована на національному, європейському та міжнародному рівнях. Водночас дослідники зазначають, що стандарти сертифікації, як і їх інтерпретація, можуть суттєво відрізнятися всередині країни та між країнами, а міжнародні системи, наприклад ISO 9001, дуже специфічні в сфері охорони здоров'я. Більшістю добровільних процесів у сфері управління якістю в сфері охорони здоров'я можна маніпулювати, а сам інструмент якості можна використовувати для «ігри в систему», отримуючи конкурентні переваги та створюючи видимість відповідності високим стандартам, фактично цю діяльність не здійснюючи.

На думку дослідників, наступною знаковою подією у розвитку індустріальної моделі управління якістю та безпекою медичної діяльності стала доповідь Інституту медицини США «Людині властиво помилятися»

англ. «*To Err is Human: Building a Safer Health*») [58]. У доповіді були висвітлені випадки лікарських помилок та смертей під час надання медичної допомоги в США та подано аналіз досліджень з метою виявлення заходів щодо покращення становища. Доповідь змістила фокус уваги професійної та наукової спільноти з безпосередньої якості надання медичної допомоги в її класичному розумінні до безпеки медичної діяльності в цілому, коли налагоджена система надання якісної медичної допомоги, наділена всіма необхідними компонентами (структура, процес, результат), може давати збій та наносити шкоду.

Сучасні автори вважають, що одним із швидких та ефективних способів вирішення даної проблеми може стати широке використання відкритої звітності закладів охорони здоров'я та електронних баз даних – «цифровізація процесів», які можуть бути використані для вимірювання та моніторингу показників, визначення аномальних відхилень у роботі закладів охорони здоров'я, розробки коригувальних заходів, а також поширення «найкращих практик» та передового досвіду надання якісної та безпечної медичної допомоги між лікарнями.

Криза фінансування охорони здоров'я Німеччини у 1990-х рр. викликала необхідність проведення реформ і підняла питання про нову модель забезпечення якості у німецькій сфері охорони здоров'я. На думку низки дослідників, зокрема Б. Біркнера (англ. *B.R. Birkner*), спочатку діяльність із забезпечення якості медичної допомоги в Німеччині була орієнтована на структурну якість, а до кінця 1980-х років – на професійне саморегулювання, поєднане з контролем технічної безпеки та контролем за дотриманням санітарно-епідеміологічних вимог, яке вважалось достатнім для забезпечення якості медичного обслуговування. У закладах охорони здоров'я Німеччини протягом багатьох років контроль якості досягався шляхом патологоанатомічних досліджень та систематичних загальнолікарняних обходів.

Нова модель управління якістю у німецькій сфері охорони здоров'я мала

бути забезпечена за рахунок зростання конкуренції між суб'єктами надання медичної допомоги, зростання відповідальності закладів охорони здоров'я і підвищення показників публічності. На думку Д. Нго (англ. *D. Ngo*), основними перешкодами для досягнення цієї мети стали географічні характеристики (значна віддаленість закладів охорони здоров'я один від одного), традиційна закритість німецької системи охорони здоров'я від громадського контролю, а також виражений поділ структурних підрозділів закладів охорони здоров'я на стаціонарні та амбулаторні.

У 1999 р. у співпраці з федеральною медичною палатою, страховиками та радою Федерації лікарень Німеччини було засновано незалежну добровільну програму акредитації лікарень. Крім того, з 2005 р. усі німецькі лікарні зобов'язані публікувати структуровані звіти про якість надання медичної допомоги. Їх форма визначається спільно представниками державних фондів соціального медичного страхування та Німецькою лікарняною асоціацією.

Німецькі вчені визнають, що підготовка та публікація таких звітів відповідає передовому світовому рівню в сфері управління якістю в охороні здоров'я, проте їх структура та зміст потребують удосконалення. У науковців викликають сумніви обрані для звітів критерії оцінки якості, деякі із них говорять про невідповідність звітів інформаційним потребам пацієнтів та лікарів, а також про неприйняття Німеччиною міжнародного досвіду в сфері управління якістю в охороні здоров'я під час підготовки звітних форм.

На думку Дж. А. Андерсен (англ. *J.A. Anderson*), одним із переломних моментів для сформованої на протязі ХХ ст. у Великобританії системи управління якістю стала доповідь Д.М. Бервік (англ. *D.M. Berwick*) та його співавторів, які показали, що традиційний контроль медичної допомоги у Великій Британії, заснований на «рутинній» оцінці якості медичної допомоги шляхом аналізу та експертизи медичної документації, незважаючи на своє багаторічне використання та суттєвий методичний розвиток до кінця 1980-х років, втратив зв'язок із управлінням системою охорони здоров'я. Прийняті за

підсумками доповіді у Великій Британії ініціативи включали посилення відповідальності лікарів за якість медичних послуг, розробку сучасних клінічних посібників, регулювання якості за допомогою інспекцій та публічних рейтингів, ведення національної системи акредитації закладів охорони здоров'я, а також фінансове відзначення закладів охорони здоров'я за досягнення в сфері якості.

Однак перехід до індустріальної моделі управління якістю у Великій Британії потребував суттєвої зміни діяльності не лише закладів охорони здоров'я (медичних трастів), а й органів державного контролю у сфері охорони здоров'я. Сьогодні у Великій Британії комісія з якості медичного обслуговування (англ. *Care Quality Commission, CQC*) незалежно регулює медичне та соціальне обслуговування для всього дорослого населення. Постачальниками медичних послуг (закладам охорони здоров'я, медичним трастам) не дозволяється працювати, якщо вони не акредитовані CQC. Традиційно CQC Великобританії в основному вдавалася до інспекційних процедур та перевірочних заходів. У 2013 р. при впровадженні індустріальної моделі управління якістю режим регулювання CQC було перебудовано і надано права споживачам та пацієнтам оцінювати та регулювати якість медичної допомоги. Це проявилось, зокрема, у переході від тотального інспекційного контролю до вибіркового перевірок на підставі ризиків, що визначаються в рамках моніторингу, так званої ризикорієнтованої моделі.

Як інший приклад країни, що використовує ризик-орієнтований підхід при державному контролі якості та безпеки медичної діяльності, можуть бути наведені Нідерланди. Інспекція охорони здоров'я цієї країни є підзвітною Міністерству охорони здоров'я, соціального забезпечення та спорту, якому доручено контролювати якість та безпеку медичних послуг, профілактичних заходів та медичних виробів у Нідерландах. Інспекція охорони здоров'я здійснює контроль на основі аналізу інформації про інциденти та ризики (ризик-орієнтований підхід), а також публікує інформацію про обов'язкові вимоги та результати своєї діяльності у відкритому доступі.

Таким чином, як найбільш виражену тенденцію, що виявляється при переході від бюрократичного (рутинного) державного управління якістю в охороні здоров'я до індустріального, можна виділити перехід від тотального контролю державних органів до спостереження за діяльністю закладів охорони здоров'я (моніторингу), визначення ризиків та використання точкових втручань у їх діяльність. Наявність на державному рівні певних структур, які здійснюють аналіз діяльності закладів охорони здоров'я, у тому числі якості та безпеки медичної діяльності, та визначають пріоритетні напрями їх подальшого розвитку на національному рівні, також є необхідною умовою функціонування системи управління якістю у сфері охорони здоров'я.

Слід зазначити, що подальше широкое використання індустріальних підходів, зокрема акредитації, як методу управління якістю у сфері охорони здоров'я, призвело до виникнення суперечливих поглядів дослідників з їх переваги. Дані протиріччя виникли, головним чином, у країнах, що відрізняються за рівнем розвитку та способами оплати медичної допомоги від «приватної» системи охорони здоров'я США. Так, деякі дослідники підтримують цінності та переваги добровільної акредитації, а інші стурбовані її вартістю, актуальністю стандартів, загальною нестабільністю акредитаційної оцінки, відсутністю науково доведеного зв'язку між процедурою акредитації та якістю медичних послуг. Як приклад може назвати Бразилію, яка стала однією з перших країн, яка перейняла досвід акредитації. Незважаючи на створення у 1995 р. національної бразильської моделі акредитації лікарень до 2016 р. вона не змогла охопити всі регіони та заклади охорони здоров'я країни, а більшість лікарень у Бразилії досі не відповідають національним вимогам та стандартам якості.

Науковці, аналізуючи ефект від програми державної акредитації закладів охорони здоров'я, що стартувала в 2012 р. в Ірані, а також аналогічний досвід Лівану, Іраку і Пакистану, прийшли до висновку, що, незважаючи на задекларований позитивний вплив процедури акредитації на якість медичної допомоги, вона може завдавати і шкоди. Самостійні дослідження, проведені в

Пакистані, показують, що пацієнти більше задоволені медичною допомогою у неакредитованих лікарнях, ніж у акредитованих. Науковці вважають, що необґрунтовані критерії акредитації, необов'язковість їх впровадження та виконання, свідомо завищені стандарти для закладів охорони здоров'я, які не відповідають національним обов'язковим вимогам, збільшують тягар витрат і можуть негативно позначитися на роботі закладів охорони здоров'я. На поточному етапі розвитку сфери охорони здоров'я цих країн, згідно з даними досліджень, комплексному механізму акредитації має передувати впровадження мінімальних стандартів при ліцензуванні медичної діяльності, а далі сертифікація окремих процесів роботи закладів охорони здоров'я.

Таким чином, сучасна парадигма розвитку системи управління якістю та безпекою медичної діяльності на національному рівні полягає в гармонійній та послідовній імплементації науково обґрунтованих та загально визнаних інструментів у систему управління медичною галуззю, що склалася. Впровадження даних підходів матиме такі ефекти, як: 1) перегляд існуючих стандартів охорони здоров'я та клінічних посібників; 2) формування єдиної системи акредитації закладів охорони здоров'я; 3) зростання соціальної відповідальності та конкуренції між суб'єктами надання медичної допомоги; 4) підвищення відкритості медичної галузі для пацієнтів; 5) зміна базових підходів державного контролю та нагляду у сфері охорони здоров'я в сторону ризик-менеджменту; 6) зміна підходів до фінансового стимулювання закладів охорони здоров'я за досягнення у сфері якості.

1.2. Міжнародні підходи управління якістю в закладі охорони здоров'я

У світовому співтоваристві широко використовуються такі підходи до управління якістю, як загальний контроль якості (англ. *Total Quality Control, TQC*); загальне управління якістю (англ. *Total Quality Management, TQM*), що включає забезпечення якості (англ. *Quality Assurance*) і підвищення якості (англ. *Quality Improvement*); безперервне поліпшення якості (англ. *Continues*

Quality Improvement. CQI); «ощадливе виробництво» (англ. *Lean management*), що включає політику Хосін Канрі (англ. *Hoshin Kanri*) та цикл Демінга-Шухарта PDCA (англ. *Plan-Do-Check-Act*).

Загальний контроль якості (англ. *Total Quality Control, TQC*) – це концепція контролю якості, спрямована на усунення втрат під час виробництва або надання послуг. Р. Бланко-Топінг (англ. *R. Blanco-Topping*) вважає, що концепція загального контролю якості закликає найвище керівництво до постійної організаційної самооцінки та впровадження інновацій.

Загальне управління якістю (англ. *Total Quality Management, TQM*) включає концепції якості продукції, контролю процесів, забезпечення якості та підвищення якості. Загальне управління якістю контролює всі процеси функціонування організації, щоб краще задовольняти потреби клієнтів найбільш економічним способом. В основі концепції загального управління якістю лежать три принципи: 1) орієнтація на клієнта; 2) постійне вдосконалення; 3) тимбілдинг (робота у команді).

Концепція загального управління якістю виникла в Японії на початку 1980-х і поширилася на західні країни. У наші дні заклади охорони здоров'я стикаються з багатьма проблемами, які можна об'єднати у чотири основних напрямки: 1) збільшення вартості медичних послуг; 2) технологічна залежність; 3) тиск на заклади охорони здоров'я з боку міжнародних контролюючих органів у плані зниження витрат і підвищення якості; 4) вимога задовольняти потреби пацієнтів. Такі проблеми змушують керівництво сфери охорони здоров'я розробити систему, яка здатна управляти охороною здоров'я таким чином, щоб можна було оцінити його ефективність, надавати медичні послуги високої якості, що є метою управління якістю в закладах охорони здоров'я.

Л.Г. Кусумеш (англ. *L.H. Kusumah*) вказує ключові принципи TQM, що включають: орієнтацію на клієнта, одержимість якістю, науковий підхід, довгострокові зобов'язання, командну роботу, постійне удосконалення, навчання, свободу через контроль, єдність мети, залучення працівників,

розширення прав і можливостей.

Безперервне покращення якості (англ. *Continuous Quality Improvement, CQI*) – це метод управління, що фокусується на тому, щоб розбити систему на процеси, а процеси на входи. Кожен процес має список «вхідних» даних, які можна поділити на п'ять категорій: людина, машина, метод, матеріал та довкілля. CQI розглядає навчання як безперервний процес покращення якості та надає працівникам можливості для безперервного професійного розвитку, а також створює сприятливу корпоративну культуру. На думку Л. Даяні (англ. *L. Diane*) та Л. Келлі (англ. *L. Kelly*), CQI – це підхід, який мінімізує недоліки в організаційних процесах та збільшує цінність процесу за умови безперервного використання CQI.

Способами практичної реалізації принципів загального управління якістю (TQM) та безперервного поліпшення якості (CQI) є моделі ділового вдосконалення управління якістю. Це модель EFQM (англ. *European Foundation for Quality Management*), модель MBQA (англ. *Malcolm Baldrige Quality Award*) та модель догляду за хронічними хворими (англ. *Chronic Care Model*). Дані моделі прийняті за основу при присудженні міжнародної премії за високу якість та національних премій за якістю у 21 європейській країні.

Модель EFQM Excellence концептуалізує організації, виділяючи елементи підтримки та продуктивності як компоненти для прагнення до досконалості. Модель EFQM Excellence складається з дев'яти елементів: лідерство, політика та стратегія, управління людьми, партнерство, ресурси та процеси, ключові результати діяльності та результати роботи людей, клієнтів та суспільства (рис. 1.1).

Модель MBQA, на відміну від моделі EFQM Excellence, складається з семи елементів: лідерство, стратегічне планування, орієнтація на клієнта та ринок, вимірювання, аналіз та управління знаннями, орієнтація на людські ресурси, управління процесами та результатами. Обидві моделі мають специфічні для охорони здоров'я версії та використовуються у всіх типах закладів охорони здоров'я (рис. 1.2).



Рис. 1.1. Модель EFQM Excellence

Примітка. Наведено за [51]

Модель Chronic Care Model включає шість елементів: співтовариство, систему охорони здоров'я у спільноті та чотири елементи у системі охорони здоров'я – підтримку самоврядування, проектування системи доставки, підтримку прийняття рішень та систему клінічної інформації. Модель Chronic Care Model визначає основні елементи системи охорони здоров'я на локальному рівні, які сприяють високоякісному лікуванню хронічних захворювань.

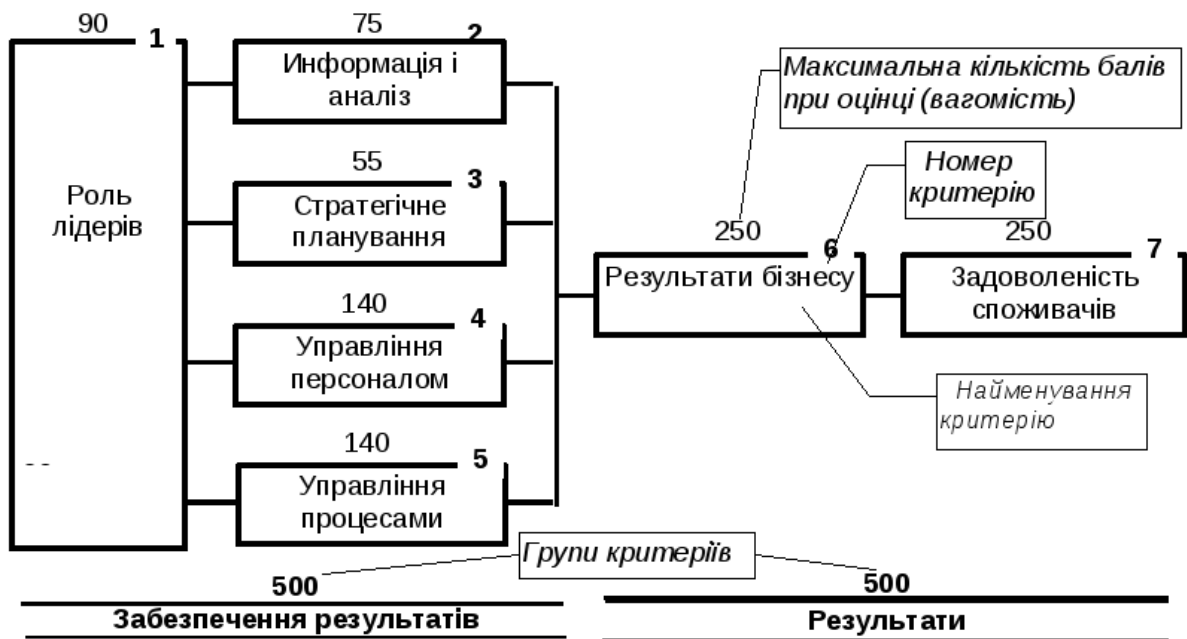


Рис. 1.2. Модель MBQA

Примітка. Наведено за [53]

Моделі EFQM Excellence, MBQA та Chronic Care використовуються багатьма зарубіжними закладами охорони здоров'я як інтегровані моделі управління для підвищення якості медичної допомоги.

«Ощадливе управління» (англ. *Lean management*) – це один із сучасних підходів до управління якістю, що містить набір операційних принципів і методів, які допомагають створити максимальну цінність для пацієнтів за рахунок скорочення витрат і очікувань (англ. *JBA. Lean leader certification and maintenance – physician track (FAQs)*). Спочатку цей підхід був заснований на системі виробничих ліній автомобільної компанії «Toyota»: система безперервного покращення процесів, що включає структуроване управління запасами, методи скорочення відходів та покращення якості. У «ощадливому управлінні» використовується безперервний цикл навчання, яким повинні керувати «справжні» фахівці з процесів охорони здоров'я, а саме: пацієнти та їхні сім, медичні працівники та допоміжний персонал.

Система «ощадливого управління» якістю використовується у поєднанні зі стратегічною системою управління та реалізації політики, яка називається Хосін Канрі (англ. *Hoshin Kanri*), і щоденним візуальним управлінням (англ. *Daily Visual Management*).



Рис. 1.3. Концепція ощадливого управління (Lean management)

Примітка. Наведено за [43]

Щоденне візуальне управління – це підхід, при якому працівники щодня витрачають час на оцінку своїх успіхів. Одним із ключових елементів політики Хосін Канрі є концепція «плануй-роби-перевірй-дій» (англ. *Plan-Do-Check-Act*), або цикл PDCA (цикл Демінга-Шухарта).

Цикл Демінга-Шухарта – це філософія роботи, яка підкреслює чотири етапи діяльності. На етапі планування визначається проблема, яку необхідно вирішити, збираються відповідні дані та з'ясовується причини її виникнення. На етапі виконання розробляються, впроваджуються рішення та проводиться оцінка їхньої ефективності. На етапі перевірки підтверджуються результати шляхом порівняння даних до та після змін. На етапі дії документуються результати, інформуються учасники процесу про зміни та надаються рекомендації щодо вирішення проблеми, яка буде вирішена у наступному циклі PDCA (рис. 1.4.).

Цикл PDCA працює в охороні здоров'я так само ефективно, як у промислових галузях, оскільки підвищення якості призводить до зменшення витрат і втрат.

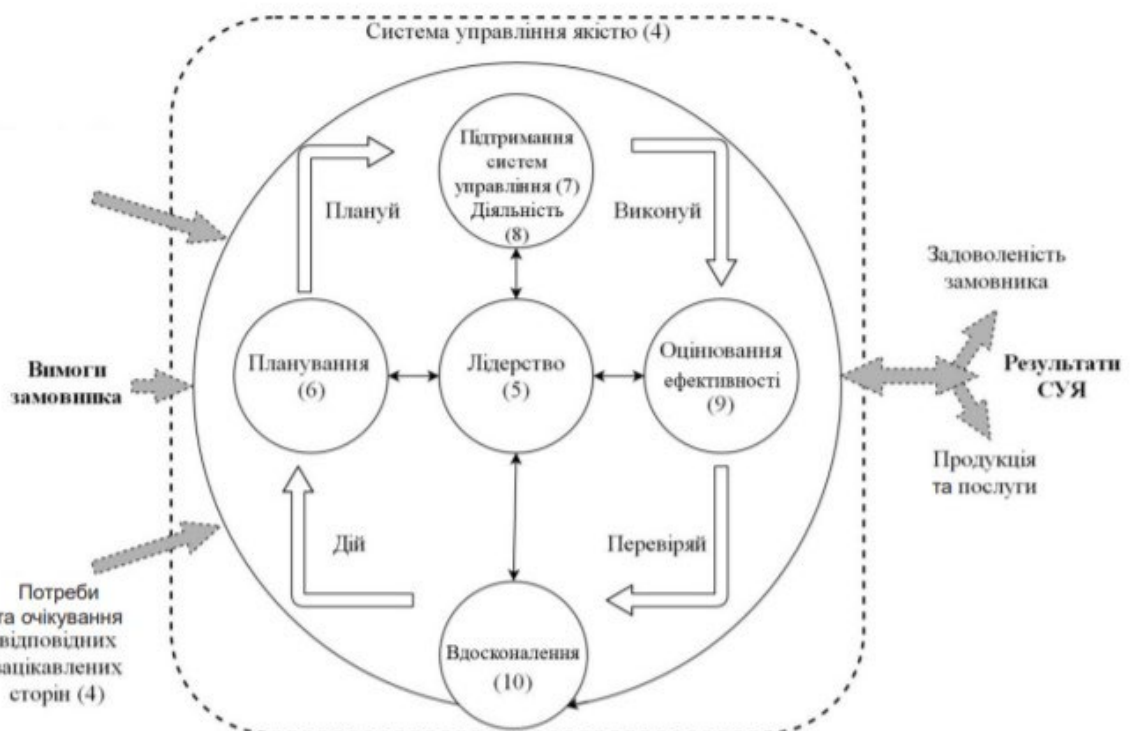


Рис. 1.4. Циклі PDCA

Примітка. Наведено за [56]

В закладах охорони здоров'я для здійснення управління якістю частіше використовуються міжнародні стандарти вдосконалення послуг, що ґрунтуються на досвіді забезпечення якості, а також на міжнародних системах та стандартах: JCI, ISO 9001, IWA1, ISO 15189, ISO 14000, OHSAS 18001.

Створена в США Об'єднана міжнародна комісія (англ. *Joint Commission International, JCI*) розробляє стандарти якості, надає послуги з навчання, акредитації та сертифікації JCI. Акредитація JCI вважається «золотим стандартом» у світовій охороні здоров'я. Стандарти JCI орієнтовані насамперед на безпеку пацієнтів і містять шість основних цілей безпеки: правильна ідентифікація пацієнта, точність комунікації, безпека поводження з медикаментами високого ризику, правильність операції, зниження ризику внутрішньолікарняних інфекцій (через гігієну рук), профілактика падінь (рис. 1.5).



Рис. 1.5. Місце стандартів якості JCI в міжнародній системі якості

Примітка. Наведено за [...]

Ідеологія стандартів ISO 9000 передбачає наявність в організації сертифікованої системи менеджменту якості, яка є доказом того, що організація здатна безперервно надавати послуги, що відповідають встановленим нормативним вимогам та вимогам споживачів. Протягом деякого часу стандарт ISO 9001 вважався непридатним до охорони здоров'я, тому в останні роки організація ISO розробила понад 1200 стандартів у сфері охорони здоров'я. Сьогодні у закладах охорони здоров'я використовуються

такі стандарти: SRPS ISO 9001:2015, SRPS EN 15224:2017, SRPS EN ISO 15189:2014, SRPS EN ISO 13485:2017, IWA 1:2005.

Відомий спеціаліст у галузі сертифікації систем менеджменту якості Ч. Шоу (англ. *C. Shaw*) довів, що існує пряма залежність між наявністю сертифікованої за світовими стандартами системи управління якістю та власне якістю медичної допомоги.

Таким чином, відзначається різноманіття підходів до управління якістю у різних країнах світу. У період глобалізації світової економіки та охорони здоров'я найкращі міжнародні практики мають лягти в основу вдосконалення вітчизняної охорони здоров'я у галузі управління якістю медичної допомоги.

Висновки до розділу 1

Сучасна система охорони здоров'я стикається з проблемами у чотирьох основних сферах: 1) підвищення вартості медичних послуг; 2) швидко зростаюча залежність від технологій; 3) необхідність скорочення витрат при безперервному підвищенні показників якості; 4) необхідність задоволення потреб пацієнтів. При вирішенні цих проблем більшість країн світу проходять послідовний шлях від формування професійної моделі управління якістю в сфері охорони здоров'я (зі збільшенням кількості медичних фахівців та клінічних підходів), через адміністративну модель (з розвитком та збільшенням вартості медичних технологій), до індустріальної моделі (із зростанням ролі пацієнта та його потреб при наданні медичної допомоги).

Найбільш популярними інструментами управління якістю у світовій системі охорони здоров'я є: ліцензування суб'єктів надання медичної допомоги, сертифікація окремих процесів та результатів медичної діяльності, а також комплексна оцінка діяльності закладів охорони здоров'я у рамках акредитації, яка сьогодні у багатьох країнах замінює сертифікацію та ліцензування, а також виступає як ключовий елемент угоди з учасниками медичного страхування.

У світовому співтоваристві широко використовуються такі підходи до

управління якістю, як загальний контроль якості, загальне управління якістю, що включає забезпечення якості і підвищення якості, безперервне поліпшення якості, «ощадливе виробництво», що включає політику Хосін Канрі та цикл Демінга-Шухарта, міжнародні стандарти якості ISO та JCI.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ДІЯЛЬНОСТІ КНП «5-А МІСЬКА КЛІНІЧНА ПОЛІКЛІНІКА М. ЛЬВОВА»

2.1. Оцінка організаційного механізму управління якістю в діяльності досліджуваному закладі охорони здоров'я

Комунальне некомерційне підприємство «5-а міська клінічна поліклініка м. Львова» (КНП «5-а МКП м. Львова») є «амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги первинної, вторинної/спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України та цим відповідним статутом» [38].

КНП «5-а МКП м. Львова» створене відповідно до ухвали 12 сесії 7-го скликання Львівської міської ради від 22 березня 2018 року № 3129 «Про припинення Комунальної 5-ї міської клінічної поліклініки шляхом перетворення у Комунальне некомерційне підприємство «5-а міська клінічна поліклініка м. Львова» [33] та Законів України «Про місцеве самоврядування в Україні» [30], «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [23] шляхом перетворення Комунального закладу охорони здоров'я "Комунальна 5-та міська клінічна поліклініка" у комунальне некомерційне підприємство "5-а міська клінічна поліклініка м. Львова".

Основною метою діяльності КНП «5-а МКП м. Львова» є «забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством» [38].

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності КНП «5-а МКП м. Львова» є: «1) медична практика з надання первинної, вторинної / спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги населенню; 2) створення разом із Засновником умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та

інших ресурсів закладу; 3) забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку; 4) організація надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної/спеціалізованої (стаціонарної) або третинної/високоспеціалізованої медичної допомоги; 5) надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі послуг вторинної/спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги, у тому числі невідкладної, необхідної для забезпечення належних заходів профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності та післяпологового періоду; 6) організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством; 7) організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування; 8) організація відбору та спрямування хворих на санаторно-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку; 9) проведення профілактичних щеплень; 10) планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; 11) консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя; 12) забезпечення дотримання міжнародних принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я тощо» [38].

Організаційна структура КНП «5-а МКП м. Львова» представлена на рис. 2.1 і включає:

- 1) адміністративно-управлінські відділи (апарат управління, бухгалтерія, інформаційно-аналітичний центр);
- 2) відділ з інфекційного контролю;
- 3) центр первинної медичної допомоги (відділення сімейної медицини № 1, відділення сімейної медицини № 2, відділення сімейної медицини № 3, відділення сімейної медицини № 4, відділення сімейної медицини № 5, реєстратура (вул. Виговського, 32), амбулаторія сімейної медицини № 1 (вул. Виговського, 41), амбулаторія сімейної медицини № 2 (сmt. Рудне. вул. Шевченка, 64), амбулаторія сімейної медицини № 3 (вул. Любінська, 94).);
- 4) консультативний лікувально-діагностичний центр (відділення діагностики та спеціалізованої медичної допомоги з кабінетами (ендокринологічним, гастроентерологічним, нефрологічним, дерматовенерологічним, терапевтичним, педіатричним, стоматологічним, пульмонологічним, інфекційних захворювань), кардіологічне відділення, хірургічне відділення, централізована стерилізаційна, рентгенологічне відділення, відділення реабілітації, відділення реабілітації дітей перших 3-х років життя (Центр раннього втручання), неврологічне відділення, офтальмологічне відділення, отоларингологічне відділення, жіноча консультація, денний стаціонар, Центр психічного здоров'я, міська централізована клініко-діагностична лабораторія, міський травматологічний пункт № 1 (вул. Виговського, 32);
- 5) допоміжні підрозділи, у тому числі господарські.

Протягом 2022 року КНП «5-а МКП м. Львова» активно здійснювала свою функціональну діяльність, спрямовану на надання якісних медичних послуг населенню. Так, на виконання розпорядження Кабінету міністрів України від 27 грудня 2017 № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» [35], наказу Управління охорони здоров'я Львівської міської ради від 17 квітня 2022 № 135



Рис. 2.1. Організаційна структура КНП «5 МКП м. Львова»

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «5 МКП м. Львова»

«Про створення Центрів психічного здоров'я на території Львівської міської територіальної громади» у закладі створено Центр психічного здоров'я, який розпочав діяльність з 1 жовтня 2022 року.

Відповідно до договорів з НСЗУ, у 2022 році отримано фінансування центру ПМД у сумі 63 093,5 тис. грн. за програмою медичних гарантій у розрізі таких пакетів медичних послуг: 1) «Медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» (первинка); 2) «Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація в амбулаторних умовах»; 3) «Ведення вагітності в амбулаторних умовах»; 4) Мамографія»; 5) «Езофагогастродуоденоскопія»; 6) «Колоноскопія»; 7) «Цистоскопія»; 8) «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя»; 9) «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату»; 10) «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи»; 11) «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям»; 12) «Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів- інтернів».

З метою удосконалення механізму оплати праці медичного персоналу центру ПМД окрім доплати за кількість підписаних декларацій командою з надання ПМД (лікарям з надання ПМД в розмірі 12% та сестрам медичним загальної практики- сімейної медицини з команди лікаря в розмірі 6% від капітаційної ставки за кожну укладену командою з надання ПМД декларацію), введено якісні показники роботи кожної команди («Контроль цукрового діабету», «Контроль гіпертонії», «Контроль раку молочної залози», охоплення вакцинацією населення та інші показники), за результатами виконання яких проводиться диференціація оплати праці лікарів з надання ПМД та сестер медичних з команд лікарів. Завдяки цьому, середня заробітна плата сімейного лікаря досягла у 2022 році – 29,4 тис. грн.

У результаті нового механізму фінансування вторинної медичної допомоги (консультативно-лікувально-діагностичний центр, Центр КЛД)

відповідно до договорів з НСЗУ отримано дохід у сумі 159 920,3 тис. грн.

Для працівників Центру КЛД продовжують діяти механізми диференціації заробітної плати в залежності від кількості проведених прийомів чи поданих діагностичних звітів. Цей мотиваційний механізм дозволив збільшити середню заробітну плату лікаря центру КЛД у 2022 році до 30,0 тис. грн.

Протягом 2022 року здійснено покращення умов надання невідкладної медичної допомоги у кабінеті прийому маломобільних груп населення та надання невідкладної медичної допомоги на першому поверсі, як основного пункту з надання невідкладної медичної допомоги.

У 2022 році покращився показник своєчасності проведення первинного вакцинального комплексу – 84,15 у порівнянні з 79,74 за 2021 рік, виконання плану профілактичних щеплень АДП-м дорослому населенню – 78,0 у порівнянні з 73,7 за 2021 рік.

З метою покращення якості медичної допомоги за пакетами ПМГ-2022 у реабілітаційному відділенні Центру КЛД впроваджено використання модуля активної реабілітації для відновлення рухової активності у пацієнтів з ураженням нервової системи та опорно- рухового апарату, впроваджено фізичну реабілітацію в лікуванні постковідного синдрому.

Оновлено дизайн у приміщенні жіночій консультації – «Школи відповідального батьківства» (проведено поточний ремонт, придбано телевізор та меблі).

Придбано та введено в експлуатацію рентген апарат Calypso у рентгенологічному відділенні, що дало можливість покращити умови роботи персоналу цього відділення та умови перебування пацієнтів (зменшилася тривалість очікування пацієнтів на планові обстеження).

У Центр КДЛ придбано гематологічний аналізатор Abacus-380; бінокулярний мікроскоп із акумулятором та запроваджено у практику: 1) методики мікроскопічного дослідження шкіри на патологічні гриби, дріжджі, демодекс; 2) нові методики досліджень на автоматичному біохімічному

аналізаторі; 3) ряд нових методик імуноферментного аналізу.

У 2022 році придбано авторефрактометр для офтальмологічного відділення, що покращило виявлення астигматизму, гіперметропії та міопії.

З метою проведення якісної дезінфекції та стерилізації гнучких ендоскопів, забезпечення повної епідеміологічної безпеки придбано та введено в експлуатацію репроцесор (миюча машина).

На 2023 рік заплановано впровадження таких основних організаційних заходів на наступний рік:

1. Укладення договори з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2023 рік за пакетами: 1) «Медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» (первинка); 2) «Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах»; 3) «Ведення вагітності в амбулаторних умовах»; 4) «Мамографія»; 5) «Езофагогастроуденоскопія»; 6) «Колоноскопія»; 7) «Цистоскопія»; 8) «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя»; 9) «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах»; 10) «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям»; 11) «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами»; 12) «Супровід та лікування осіб з психічними розладами на первинному рівні»; 13) «Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів».

2. Дотримання вимог умов договорів з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2023 рік.

3. Забезпечення функціонування закладу у воєнний час та організацію роботи структурних підрозділів в екстремальних умовах (аварійного вимкнення електропостачання, водопостачання та централізованого теплопостачання).

4. Забезпечення безпеки та комфорту працівників і відвідувачів закладу

шляхом проведення капітального ремонту системи протипожежного захисту, системи електропостачання та внутрішніх електричних мереж, проведення благоустрою території з поточним ремонтом паркомісць на території закладу.

5. Здійснення виконання заходів, зазначених у Комплексному плані КНП «5-а МКП м. Львова» на 2023 рік із визначенням пріоритетних напрямків, а саме: дотримання стандартів ліцензування та акредитації за відповідними профілями діяльності закладу; функціонування системи внутрішнього контролю якості медичного обслуговування; оперативне реагування на звернення пацієнтів, в т.ч. здійснення реєстру скарг пацієнтів та вжиття заходів щодо їх попередження; оцінка задоволеності пацієнтів результатами медичної допомоги та медичного обслуговування; надання медичної допомоги відповідно до медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини; досягнення позитивної динаміки ключових показників ефективності та індикаторів якості; виконання заходів, визначених у Міській програмі «Здоров'я Львів'ян»; запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб відповідно до стандартів та інших нормативно-правових актів; формування культури безпеки у закладі; активізація роботи фахівців центру ПМД щодо проведення профілактичної роботи (імунізація, попередження неінфекційних захворювань, які призводять до інвалідності та смертності, раннє виявлення інфекційних хвороб); підвищення обізнаності, заохочення та супровід населення щодо збереження психічного здоров'я та добробуту; проведення скринінгу на наявність розладів психіки та поведінки у пацієнта; виконання індикатора рівня вакцинації дітей до 6 років включно для кожного окремого захворювання згідно з Календарем профілактичних щеплень, затверджених МОЗ – 95%; покращення якості медичної допомоги шляхом упровадження інноваційних методик: застосування у відділенні реабілітації методу дзеркальної терапії у нейрореабілітації; впровадження скринінгової шкали розладів аутистичного спектру CASD; розвиткових занять за допомогою м'яких модульних конструкцій; використання Лего – технологій для розвитку моторики і

розвитку координації рухів у відділенні реабілітації дітей перших 3-х років життя (Центр раннього втручання); визначення онкомаркерів, PSA, рівня гормонів щитовидної залози на імуноферментному аналізаторі у Центрі КДЛ; закупівля обладнання для впровадження телемедицини та закупівля комп'ютерного обладнання для покращення умов роботи медичного персоналу та функціонування електронного документообігу; дотримання етичних та деонтологічних норм медичної діяльності; покращення комунікації між медичними працівниками закладу та пацієнтами, їх родиною шляхом проведення тренінгів і навчань; створення позитивної реклами про діяльність закладу шляхом висвітлення досягнень та розміщення інформації щодо попередження найбільш поширених захворювань та промоції здорового способу життя.

Отже, в КНП «5-а МКП м. Львова» забезпечує медичне обслуговування населення міста шляхом надання йому якісних медичних послуг в порядку та обсязі, визначених законодавством. З цією метою в закладі побудовано дієву організаційну структуру, яка дозволяє йому оперативно, якісно та комфортно надавати медичні послуги. Організаційна структура та її функціональне наповнення постійно змінюються та адаптуються до вимог якості, які сьогодні виставляють органи влади, пацієнти та незалежні міжнародні організації.

2.2. Аналіз системи контролю якості в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Контроль якості медичної допомоги у медичних закладах КНП «5-а МКП м. Львова» здійснюється на всіх етапах його взаємодії з пацієнтами (рис. 2.2). Контроль якості медичної допомоги здійснюється керівниками структурних підрозділів, заступниками головного лікаря та лікарською комісією.

На першому рівні контроль якості медичної допомоги в КНП «5-а МКП м. Львова» проводиться безпосередньо лікарем. Лікар: 1) дотримується вимог до ведення первинної медичної документації; 2) перевіряє відповідність

призначень, зроблених пацієнту, медичним стандартам та сучасним вимогам до лікувально-діагностичного процесу. У первинній медичній документації лікар зазначає виконання медичних стандартів та обґрунтовує причини відхилень від них. Крім цього лікар контролює виконання лікарських призначень пацієнтом та медичною сестрою.



Рис. 2.2. Рівні контролю якості медичної допомоги в КНП «5-а МКП м. Львова»

Примітка. Складено автором на матеріалах КНП «5-а МКП м. Львова»

На другому рівні контроль якості медичної допомоги в КНП «5-а МКП м. Львова» здійснюється завідувачами структурних підрозділів: стаціонару, прийомного відділення, жіночої консультації, клініко-діагностичних лабораторій та відділень функціональної діагностики.

Обов'язком завідувача відділення стаціонару є оцінка результатів щодо кожного закінченого випадку, коли він також контролює відповідність технології лікування встановленим стандартам, аналізує відхилення від них у той чи інший бік. За всіма «закінченими» випадками визначають рівень якості лікування (РЯЛ).

$$\text{РЯЛ} = \frac{\text{ОВДЗ} + \text{ОЯ}}{200\%} \quad (2.1)$$

де ОВДЗ – оцінка виконаного набору діагностичних, лікувально-

оздоровчих, реабілітаційних та профілактичних заходів і правильності постановки діагнозу;

ОК – оцінка якості лікування, тобто стану здоров'я пацієнта після закінчення лікування, реабілітації.

$$\text{ОВДЗ} = \text{ОДЗ} + \text{ОД} + \text{ОЛЗ} \quad (2.2)$$

де ОДЗ – оцінка виконаного набору діагностичних заходів;

ОД – оцінка діагнозу,

ОЛЗ – оцінка виконання набору лікувально-оздоровчих, реабілітаційних та профілактичних заходів.

Інтегральна оцінка рівня якості лікування проводиться з урахуванням значимості складових його компонентів з акцентом на кінцевий результат діяльності – стан здоров'я пацієнта після лікування, реабілітації.

Надалі в ці поняття були внесені «вагові» коефіцієнти, для ОВДЗ – 1,0; ОДЗ – 0,5; ОД – 0,2; ОЛЗ – 0,3 та ОК – 1,0, після чого формула визначення рівня якості лікування набула наступного вигляду:

$$\text{РЯЛ} = \frac{0,5 \cdot \text{ОДЗ} + 0,2 \cdot \text{ОД} + 0,3 \cdot \text{ОЛЗ} + 1,0 \cdot \text{ОК}}{200\%} \quad (2.3)$$

Завідувачі відділень стаціонару: 1) оцінюють якість медичної допомоги, яка надана пацієнтам, та дотримання ними медичних стандартів; 2) узгоджують з лікарем одномоментне призначення п'яти і більше лікарських препаратів, а також призначення лікарських засобів, що не входять до переліку життєво необхідних та найважливіших лікарських засобів; 3) оглядають усіх хворих, госпіталізованих за екстреними показаннями протягом першої доби, пацієнтів, госпіталізованих у плановому порядку – у перші три дні, надалі не рідше одного разу на десять днів; 4) оцінюють якість медичної допомоги на проміжних етапах лікування («поточний (оперативний) контроль»), якість ведення та оформлення первинної медичної документації.

Здійснюючи контроль якості ведення первинної медичної документації, вживаються заходи щодо забезпечення правильного її ведення. «Поточний контроль» здійснюється під час проведення обходів завідувачів відділень у своїх відділеннях.

На другому рівні контролю якості медичної допомоги завідувачі приймальних відділень щодня оцінюють якість надання медичної допомоги на етапі спостереження пацієнтів у приймальному відділенні. В обов'язковому порядку оцінюється надана невідкладна допомога, її своєчасність та відповідність встановленому попередньому діагнозу. Отримана інформація оцінюється з урахуванням її подальшого впливу на тактику ведення хворого та правильної постановки клінічного діагнозу на наступних етапах спостереження.

В обов'язковому порядку оцінюється якість оформлення первинної медичної документації. При здійсненні контролю якості ведення первинної медичної документації у приймальному відділенні, вживаються заходи щодо забезпечення правильного її ведення.

На другому рівні контролю якості медичної допомоги завідувач відділення поліклініки та завідувач жіночої консультації аналізують не менше 25 медичних карт амбулаторних хворих на тиждень (за «закінченими випадками»). В обов'язковому порядку проводиться експертиза якості всіх випадків, які підлягають обов'язковій експертній оцінці за затвердженим переліком. Оцінюється якість медичної допомоги на різних термінах лікування (проміжний контроль) – не менше 25 медичних карт амбулаторних хворих на тиждень, якість ведення та оформлення первинної медичної документації. Під час здійснення контролю якості ведення первинної медичної документації вживаються заходи щодо забезпечення правильного її ведення. Завідувачі поліклінічного відділення та жіночої консультації проводять експертизу всіх випадків ускладнень лікування, летальних наслідків та первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку, обґрунтованість призначення лікарських засобів пільговій категорії громадян, виконання медичних стандартів.

Враховуючи великий обсяг роботи, пов'язаної із диспансеризацією, за формулою, аналогічною вищенаведеній, для оцінки рівня якості лікування, проводиться оцінка рівня якості диспансеризації (РЯД):

$$\text{РЯД} = \frac{\text{ОВДЗ} + \text{ОК}}{200\%} \quad (2.4)$$

На другому рівні контролю якості медичної допомоги в обов'язковому порядку оцінюється якість оформлення медичної документації, проводиться метрологічний контроль наявного обладнання, а також використовуються стандартні випробування для оцінки якості діагностики.

Визначення рівня якості лікування на другому рівні контролю якості медичної допомоги визначається окремо по кожному лікарю та відділенню в цілому.

Однією з основних завдань завідувачів відділень є оцінка правильності вибору медичних технологій, дотримання термінів лікування та якості наданої медичної допомоги (послуг), відповідності її медичним стандартам.

На третьому рівні контроль якості медичної допомоги здійснюють заступники директора (головного лікаря). Контролюючі функції заступників директора (головного лікаря) розмежовані залежно від їх посадових обов'язків і напрямків, якими вони керують. На третьому рівні контролю проводиться щонайменше 30-50 експертиз на квартал із аналізом підсумків контролю у структурних підрозділах.

При проведенні перевірок оцінюється якість та ефективність проведених профілактичних, лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів, своєчасність призначення консультацій фахівців, організації консилиумів, обґрунтованість направлення на госпіталізацію, виявлення випадків непрофільної госпіталізації, відповідність кількості витрачених коштів на лікування пацієнта досягнутому результату. В обов'язковому порядку оцінюється якість організації медичної допомоги у відділеннях, а також ведення та оформлення первинної медичної документації. Здійснюючи контроль якості ведення первинної медичної документації, заступники головного лікаря вживають заходів щодо забезпечення правильного її ведення.

Персонально оцінюється робота завідувача відділення. При оцінці роботи завідувача відділення звертається увага на своєчасність первинного та повторних оглядів пацієнтів, внесення рекомендацій щодо тактики обстеження та лікування, контроль ведення первинної медичної документації. Оцінюється

вплив дефектів роботи завідувача відділення на результат захворювання.

На третьому рівні контролю оцінюється якість роботи окремих лікарів та відділень в цілому. Можлива ситуативна експертиза медичної документації у зв'язку з невдоволенням пацієнта лікувально-діагностичним процесом або сумнівами лікаря, що виникли в ході лікування.

Заступник головного лікаря з медичної частини (поліклініка) при здійсненні контролю якості медичної допомоги оцінює обґрунтованість та раціональність призначення лікарських засобів пільговій категорії громадян, якість проведення періодичних і попередніх медичних оглядів, якість організації та проведення «стаціонарів вдома», «денних» стаціонарів, диспансерного спостереження, а також інші напрями по розділу роботи.

Заступник головного лікаря з медичної частини (стаціонар): 1) оцінює якість медичної допомоги, наданої пацієнтам, терміни перебування яких у стаціонарі перевищують терміни, передбачені медичними стандартами, або скорочені; 2) аналізує всі випадки добової летальності, випадки з розбіжністю патологоанатомічного та клінічного діагнозів та ін.; 3) контролює обґрунтованість тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі; 4) аналізує причини її збільшення чи скорочення порівняно з медичними стандартами; 5) здійснює контроль за обґрунтованістю призначення лікарських засобів та додаткових обстежень, не передбачених медичними стандартами; 6) контролює організацію проведення контролю якості лабораторно-діагностичних досліджень та організацію контролю якості медичної допомоги у приймальному відділенні.

На четвертому рівні оцінки якості медичної допомоги для проведення такої оцінки формуються відповідні лікарські комісії, які виступають основною формою взаємодії всіх рівнів контролю в закладі охорони здоров'я. Це лікарська комісія з експертизи тимчасової непрацездатності, лікувально-контрольна лікарська комісія, лікарська комісія з вивчення летальних наслідків, лікарська комісія з організації лікарського забезпечення та ін.

Джерелом інформації для четвертого рівня контролю є результати

перевірок, які проводились на третьому рівні. Лікарські комісії організують свою роботу відповідно до Положеннями, розробленого у медичному закладі та затвердженого наказом директора (головного лікаря).

Виявлені дефекти узагальнюються та аналізуються. Інформація, отримана в результаті оцінки якості медичної допомоги на четвертому рівні контролю, доводиться до відома директора (головного лікаря) і є предметом обговорення в структурних підрозділах закладу охорони здоров'я та на лікарських конференціях.

Отже, система контролю якості медичної допомоги в КНП «5-а МКП м. Львова» складається з чотирьох рівнів: перший рівень (рівень лікаря), другий рівень (рівень завідувача відділенням), третій рівень (рівень заступників директора (головного лікаря) та четвертий рівень (рівень лікарських комісій).

2.3. Оцінка якості медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я на основі аналізу очікувань пацієнтів

Будь-яка послуга та медична в тому числі, може бути оцінена мінімум за двома складовими:

1) безпосередньо самого процесу надання послуги та корисного ефекту, отриманого внаслідок її надання. У даному випадку йдеться про кількісні чинники, які впливають на якість послуги, їх можна оцінити за допомогою об'єктивних показників;

2) очікування клієнта (пацієнта) від послуги, що йому надається. У даному випадку йдеться про те, як пацієнт представляє процес і результат від наданої послуги. Сюди можна віднести весь комплекс суб'єктивних уявлень клієнта (пацієнта) про те як має надаватися послуга, який сервіс має пропонуватися, які результати мають бути отримані.

Іноді з різних причин аналіз обох складових послуги може дати протилежні результати. У разі, якщо послуга надана якісно за всіма об'єктивними показниками, але клієнт (пацієнт) залишається незадоволеним, то причини цього можуть бути наступними: 1) незадовільний сервіс (негативні

емоції, отримані в процесі надання, перевершують корисний ефект від послуги); 2) корисний ефект від послуги менший, ніж розраховував пацієнт. Ця ситуація може виникнути, коли медичні працівники не можуть повністю або навіть частково ліквідувати захворювання. Іншими словами, незважаючи на те, що пацієнт готовий платити за послугу, клініка та медицина загалом нездатна його вилікувати.

При цьому можуть виникати випадки, коли неякісно надана послуга може повністю задовольнити пацієнта, при цьому корисний ефект може бути відсутнім або досягнутим частково через різні випадковості. Причини тут такі:

1. Агресивний сервіс під час надання послуги. Пацієнт у процесі надання послуги потрапляє в середовище, де окрім основної послуги, отримання якої є метою звернення до цього закладу охорони здоров'я, він також отримує ряд супутніх послуг, які при цьому не впливають на результат від надання основної послуги. Іншими словами, хворий отримує ряд безкоштовних і марних послуг, які при цьому створюють сприятливий емоційний фон, що дозволяє згладити негативний ефект від надання основної послуги.

2. Ефект плацебо. Вживання цього терміна не зовсім виправдано з медичної точки зору, тому що це поняття не до кінця вивчено і щодо нього немає однозначного рішення вчених. Однак його суть цілком підходить для пояснення ситуації, коли пацієнт отримує неякісну послугу, але при цьому впевнений, що захворювання вилікувано та що його самопочуття покращилось. У даному випадку йдеться про різні комплекси медичних послуг, пов'язані з нетрадиційними методами медицини. Найчастіше вони використовуються при загальному оздоровленні організму, лікуванні невиліковних захворювань, боротьбі із зайвою вагою, косметології тощо.

Все сказане вище ускладнює аналіз якості медичної послуги на основі очікувань пацієнта. Однак не варто відмовлятися від цього методу, тому що, крім основного його недоліку – суб'єктивності, він має ряд переваг перед іншими методами, а саме: 1) відносна простота отримання даних (дані можна

отримати шляхом опитування пацієнтів закладу охорони здоров'я, а також на основі аналізу відгуків із різних тематичних інтернет-форумів; 2) отримані під час опитування результати досить легко аналізувати, у зв'язку з тим, що спочатку вже закладено критерії оцінки; 3) очікування пацієнтів – найважливіша інформація, з урахуванням якої заклад охорони здоров'я має формувати стратегію свого розвитку і оцінювати якість своєї діяльності.

Для того щоб підвищити ефективність даного методу, необхідно знизити його суб'єктивну складову. Це можна зробити таким чином: 1) окрім очікувань пацієнта варто розглядати очікування закладу охорони здоров'я, пов'язані з тим результатом надання послуги, який у ньому планується отримати; 2) порівняння рівня якості надання послуги закладом охорони здоров'я з тим рівнем, який може надати конкурент; це дозволить оцінити середній рівень якості надання послуг на даному ринку; 3) порівняння трьох вищезгаданих очікувань (пацієнт, заклад охорони здоров'я, конкурент) з нормою, тобто з тим показником, який у нашій країні прийнято за стандарт. Ці доповнення методу на основі очікувань дозволяють знизити його суб'єктивність та підвищити його ефективність. Використання методу в даному вигляді дозволить комплексно оцінити якість конкретної медичної послуги, а також провести аналіз ринку платної медицини загалом.

Основним джерелом даних для дослідження є емпіричний матеріал, отриманий під час опитування пацієнтів закладів охорони здоров'я, якість послуг яких необхідно оцінити. Анкету можна скласти на основі таблиці атрибутів послуги, сформованої на прикладі таблиці (табл. 2.1), яка використовується у методі SERVPERF та адаптована до специфіки медичної послуги. Критерії, наведені в цій таблиці, можна використовувати в анкеті для пацієнтів досліджуваних закладів охорони здоров'я. Це дозволить оцінити очікування пацієнтів, а також провести аналіз якості послуги відповідно до зазначених критеріїв.

При складанні анкети необхідно враховувати: 1) питання в анкеті мають бути такими, щоб респондент міг дати чітку та однозначну відповідь; 2)

кількість питань не повинна перевищувати 12-15, щоб не втомити респондента, і щоб він, у свою чергу, не дав некоректних відповідей; 3) питання необхідно складати так, щоб відповідь на них не була очевидна і респондент не потрапив у таку ситуацію, коли йому доведеться обирати свідомо неправдиву відповідь через різні чинники; 4) опитування має проводитися лише серед пацієнтів, які вже виписані і закінчили курс лікування.

Таблиця 2.1

Пропоновані критерії оцінки якості послуг на основі методу SERVPERF

Потенційна якість	Пропозиція всеохоплюючої послуги
	Наявність необхідного персоналу
	Наявність необхідних технічних засобів
	Наявність необхідної філософії менеджменту
	Низька плинність персоналу
	Наявність мережі партнерів/філій
Жорстка якість процесу	Дотримання розкладу
	Утримання у межах бюджету
	Дотримання термінів
	Контроль деталей
	Правильно та точно поставлений діагноз
М'яка якість процесу	Зацікавлення закладу у швидкому одужанні клієнта
	Конструктивний діалог лікаря та пацієнта
	Відкритість для пропозицій/ідей
	Приємна зовнішність
	Аргументованість, якщо це необхідно
	Турбота про інтереси пацієнта
Фінальна якість продукту	Досягнення цілей
	Наявність помітного ефекту
	Попередження та профілактика інших захворювань пацієнта
	Використання нестандартних методів лікування при наданні послуги
	Відповідність отриманого результату від лікування запитів пацієнта

Примітка. Сформовано автором на основі методу SERVPERF

Питання для анкети доцільно поєднувати в тематичні групи, це дозволить підвищити об'єктивність результатів опитування, а також надасть стрункості та логічності структурі інтерв'ю. В анкеті, що застосовується для опитування пацієнтів, слід виділити наступні тематичні групи, інформація за якими дозволить скласти об'єктивну картину про якість послуг, що надаються:

1) персонал; 2) технічна оснащеність; 3) сервіс; 4) ціна; 5) результат; 6) інші складові (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Анкета для оцінки якості медичних послуг закладу охорони здоров'я

Позиція	Питання	Бал				
		1	2	3	4	5
1.	Кваліфікація медичного персоналу (лікарі)					
2.	Кваліфікація середнього та молодшого медичного персоналу (медсестри, санітари, лаборанти)					
3.	Оснащеність кабінету сучасною медичною технікою					
4.	Стан медичного обладнання, що використовується при постановці діагнозу та лікування					
5.	Час очікування у черзі на прийом до лікаря					
6.	Ввічливість та чуйність персоналу					
7.	Злагоженість та рівень взаємодії медичних підрозділів					
8.	Доступність отримання послуги					
9.	Гнучкість цінової політики					
10.	Співвідношення ціни та повноти послуги					
11.	Час, витрачений на постановку діагнозу					
12.	Позитивні зміни стану здоров'я					
13.	Ступінь задоволеності від отриманої послуги					
14.	Загальне враження про роботу закладу					
15.	Імовірність повторного звернення до цього закладу					

Примітка. Складено автором

Отримані під час опитування результати для їх подальшого аналізу необхідно оформити в таблицю. Таким чином, у ході дослідження можна отримати такі дані: 1) загальну оцінку якості послуги, отриманої в закладі охорони здоров'я; 2) оцінка кожного критерію, який характеризує послугу.

Другий показник вказує на те, які складники необхідно підтягнути, щоби підвищити якість послуги, а також виявляє критерії, що дають закладу охорони здоров'я конкурентні переваги на ринку медичних послуг.

Використаємо запропонований метод для порівняльної оцінки якості медичних послуг у двох закладах охорони здоров'я м. Львова: КНП «5-а МКП м. Львова» та КНП «4-а МКП м. Львова». Дослідження одразу двох закладів охорони здоров'я дозволить провести порівняльний аналіз результатів анкетування. Опитування пацієнтів КНП «5-а МКП м. Львова» дозволило

отримати результати, представлені в табл. 2.3. На основі проведених розрахунків встановлено, що середня оцінка якості послуги у КНП «5-а МКП м. Львова» дорівнює 57,5 балів із 75 можливих.

Таблиця 2.3

Обробка результатів опитування пацієнтів КНП «5-а МКП м. Львова»

№ питання	№ респондента												Сума:
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	4	5	3	3	4	4	4	5	3	5	4	2	46
2	3	5	4	3	3	4	4	4	3	4	4	2	43
3	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5	3	3	50
4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	3	4	3	51
5	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	43
6	5	5	5	4	4	3	5	5	4	5	5	2	52
7	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	43
8	5	5	4	4	5	4	3	5	4	4	3	4	50
9	3	3	4	2	4	4	4	3	4	3	3	3	40
10	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	44
11	4	4	5	4	3	5	5	2	3	4	5	3	47
12	3	3	4	4	5	4	3	4	5	4	3	4	46
13	3	4	4	3	4	4	3	4	4	5	3	3	44
14	4	4	4	3	5	4	4	5	4	4	4	3	48
15	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	2	43
Сума:	57	63	59	53	60	60	61	62	55	61	56	43	

Примітка. Складено на основі проведеного опитування

Результати опитування пацієнтів КНП «4-а МКП м. Львова» можна побачити у табл. 2.4. Середня оцінка за результатами анкетування становить 54,83 бали, що дещо нижче, ніж оцінка КНП «5-а МКП м. Львова».

Таблиця 2.4

Обробка результатів опитування пацієнтів КНП «4-а МКП м. Львова»

№ питання	№ респондента												Сума:
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	5	4	4	4	3	5	5	5	4	5	4	4	52
2	3	3	2	3	3	3	4	3	3	4	4	3	38
3	3	4	4	4	5	4	4	3	4	5	3	4	47
4	4	5	3	4	4	4	4	5	4	3	4	3	47
5	3	3	2	3	4	3	4	4	2	3	4	3	38
6	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	42
7	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	43
8	4	4	5	4	5	4	3	4	4	5	3	4	49
9	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	41
10	4	3	3	4	3	4	4	3	3	4	4	3	42

11	4	3	4	4	3	4	5	4	3	4	4	4	46
12	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	44
13	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	43
14	3	4	4	4	4	5	4	3	3	4	3	3	44
15	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	42
Сума:	54	53	53	54	56	58	61	55	52	58	53	51	

Примітка. Складено на основі проведеного опитування

Для порівняння якості послуг, що надаються обома закладами охорони здоров'я, порівнюємо бали по кожному із критеріїв оцінки. Результати аналізу оформимо у вигляді діаграми (рис. 2.3).

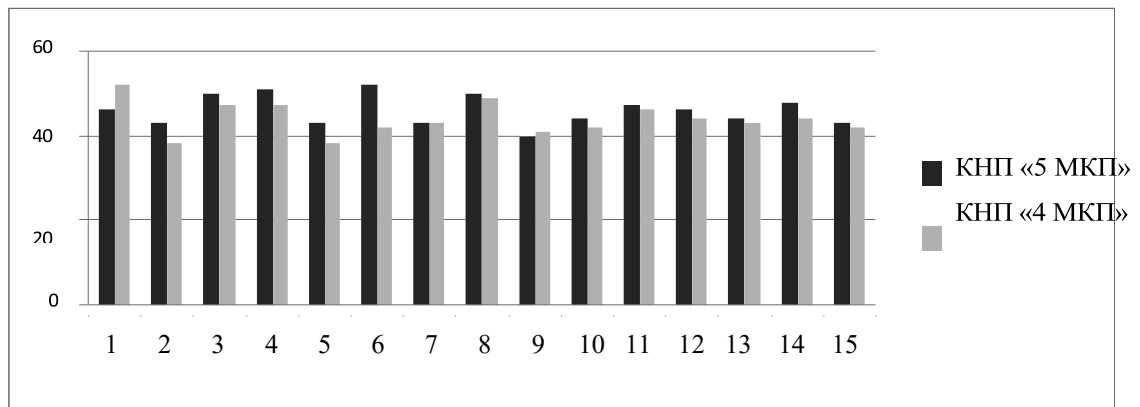


Рис. 2.3. Порівняння якості послуг КНП «5-а МКП м. Львова» та КНП «4-а МКП м. Львова»

Примітка. Складено на основі проведеного опитування

За діаграмою, КНП «5-а МКП м. Львова» випереджає КНП «4-а МКП м. Львова» практично за всіма критеріями, за винятком критеріїв «кваліфікація медичного персоналу (лікарі)», «гнучкість цінової політики», де перевага на стороні КНП «4-а МКП м. Львова». Також спостерігається рівність за показником «злагодженість та рівень взаємодії медичних підрозділів».

Отже, використання цього методу має невеликі витрати, при цьому дає багатий емпіричний матеріал. Дослідник може на власний розсуд змінювати критерії, тим самим виявляючи різні чинники, що впливають на якість послуги, та визначаючи їхню вагу у загальній сумі балів. Грамотне використання цього методу дозволяє досить точно оцінити ступінь задоволеності пацієнта наданою медичною послугою.

Висновки до розділу 2

КНП «5-а МКП м. Львова» є «амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги первинної, вторинної/спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України та цим відповідним статутом» [58].

З цією метою в КНП «5-а МКП м. Львова» побудовано дієву організаційну структуру, яка дозволяє йому оперативно, якісно та комфортно надавати медичні послуги. Організаційна структура та її функціональне наповнення постійно змінюються та адаптуються до вимог якості, які сьогодні виставляють органи влади, пацієнти та незалежні міжнародні організації.

Система контролю якості медичної допомоги в КНП «5-а МКП м. Львова» складається з чотирьох рівнів: перший рівень (рівень лікаря), другий рівень (рівень завідувача відділенням), третій рівень (рівень заступників директора (головного лікаря) та четвертий рівень (рівень лікарських комісій).

Оцінка якості медичних послуг КНП «5-а МКП м. Львова» проводилась на основі спеціально розробленої анкети. На основі проведених розрахунків встановлено, що середня оцінка якості послуги у КНП «5-а МКП м. Львова» дорівнює 57,5 балів із 75 можливих.

В роботі також проведено порівняння якості медичних послуг КНП «5-а МКП м. Львова» та КНП «4-а МКП м. Львова». Середня оцінка за результатами анкетування пацієнтів КНП «4-а МКП м. Львова» склала 54,83 бали, що дещо нижче, ніж оцінка КНП «5-а МКП м. Львова».

В результаті проведеного аналізу встановлено, що КНП «5-а МКП м. Львова» випереджає КНП «4-а МКП м. Львова» практично за всіма критеріями, за винятком критеріїв «кваліфікація медичного персоналу (лікарі)», «гнучкість цінової політики», де перевага на стороні КНП «4-а МКП м. Львова». Також виявлено рівність за показником «злагодженість та рівень взаємодії медичних підрозділів».

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ СУЧАСНИХ МОДЕЛЕЙ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Запровадження міжнародних стандартів та моделей менеджменту в діяльність закладу охорони здоров'я

В умовах глобалізації та європейської інтеграції удосконалення діяльності закладу охорони здоров'я повинно здійснюватись шляхом впровадження в їх діяльність міжнародних стандартів та моделей менеджменту, під якими розуміють стандарти Міжнародної організації зі стандартизації (англ. *International Organization for Standardization, ISO*) [60], моделі досконалості Європейського фонду менеджменту якості (англ. *Excellence Model, EFQM*) [51], премії Болдріджа (США) [56] та інші міжнародні розробки у цій галузі.

Стандарт ISO 9001 дозволяє впровадити у практику роботи закладів охорони здоров'я процесний підхід та цикли системного вдосконалення діяльності. Його використання спрямоване забезпечення якості медичної допомоги, яке у умовах обмеженого фінансування зумовлює зниження витрат і підвищує ефективність роботи закладу охорони здоров'я в цілому. При побудові системи менеджменту якості (СМЯ) визначаються цілі та політика в галузі якості, послідовно впроваджуються процесний та системний підходи, закладаються елементи ризик-орієнтованого мислення, формується культура взаємин із пацієнтами та зацікавленими сторонами. Система менеджменту якості інтегрує в одне ціле медичні стандарти, основні та допоміжні процеси, процеси управління, людські ресурси, обладнання, інфраструктуру та багато інших специфічних аспектів діяльності закладу охорони здоров'я.

Для відповідності заявленим вимогам, ефективного використання ресурсів та задоволення очікувань зацікавлених сторін необхідно розвивати систему управління якістю на основі розробки та впровадження інтегрованої системи менеджменту (ІСМ), що відповідає міжнародним стандартам за

основними напрямками діяльності закладу охорони здоров'я у їх оптимальному поєднанні. Інтегровані системи менеджменту можуть включати стандарти системи менеджменту екологічної безпеки, охорони праці тощо. Відповідальність за якість менеджменту за кожним напрямом діяльності має бути покладена на відповідних фахівців, а координаторами функціонування системи мають стати відділення (відділи) управління якістю медичної допомоги в закладах охорони здоров'я за безумовною участю профільних служб.

Система менеджменту якості та інтегрована система менеджменту – це важливі та необхідні етапи для впровадження стандартів кращої медичної практики. Однак необхідно враховувати, що всі стандарти серії ISO мають вузьку спрямованість та акцентують увагу на окремих аспектах діяльності (якості, охороні праці, енергоефективності, екології тощо). Вони є, в першу чергу, інструментами для добровільної сертифікації та містять набір вимог до системи менеджменту у межах своєї галузі використання.

При цьому під інтегрованою системою менеджменту розуміють інтеграцію насамперед для спрощення сертифікації, тому з 2015 р. усі стандарти ISO мають однакову структуру. Це значно полегшує можливість сертифікації шляхом проведення одного аудиту. Відповідно термін «інтегрована система менеджменту» не означає охоплення такою системою всієї системи менеджменту закладу охорони здоров'я.

З іншого боку, процедура сертифікації не ставить собі за мету визначення рівня зрілості системи менеджменту або досконалості діяльності, оцінку діяльності на відповідність вимогам стандарту. Звідси випливає, що за безперечних переваг стандартів ISO 9001 та доцільності їх використання в закладах охорони здоров'я такий підхід має певні обмеження. Наприклад, стандарти серії ISO 9000 та інші стандарти на системи менеджменту обмежено враховують аспекти діяльності закладу охорони здоров'я, від яких залежить його успіх у довгостроковій перспективі (стратегічні аспекти).

Використання підходів на основі стандартів ISO не є достатньою

умовою впровадження в діяльність закладу охорони здоров'я стандартів кращої медичної практики, хоч і закладає основу для цього. Уявлення про досконалість йде далі прийнятого в ISO визначення якості як ступеня відповідності сукупності властивих характеристик об'єкта (менеджменту закладу охорони здоров'я) встановленим вимогам. Моделі менеджменту спрямовані на визначення, розвиток та безперервне вдосконалення рівня зрілості (досконалості) управління організацією в цілому, а не лише системи, яка відповідає за якість продукції чи послуг.

Аналіз кращих світових практик переконливо свідчить, що вони підтримують успішну інтеграцію та ефективне використання широкого спектру системних підходів та інновацій в управлінні якістю діяльності та безпеки в сфері охорони здоров'я, включаючи, наприклад, ощадливе виробництво, системний моніторинг процесів, бенчмаркінг. Перелік інноваційних технологій може бути продовжено.

Спроба систематизації вимог, що висувуються до сучасного закладу охорони здоров'я, показує, що для їх виконання і постійного підвищення ефективності діяльності слід використовувати різноманітні технологічні підходи. При цьому закономірно виникає питання, наскільки результативно і збалансовано ці підходи працюють разом, якою мірою закладам охорони здоров'я вдалося інтегрувати специфічні медичні вимоги та кращі практики в єдину систему управління якістю та безпекою медичної допомоги.

Останнім часом у охороні здоров'я набули широкого поширення стандарти кращої практики, які використовуються для проведення добровільної акредитації закладів охорони здоров'я. У тому числі Спільної міжнародної комісії (англ. *Joint Commission International, JCI*), Трендові схеми акредитації Австралійської ради з міжнародних стандартів охорони здоров'я, Канадської ради з регулювання медичних послуг (англ. *Trent Accreditation Scheme, Australian Council for Healthcare Standards International, Canadian Council on Health Services Regulation*) та інші міжнародні стандарти. Найбільш актуальними є стандарти JCI, за якими сьогодні акредитовано понад 1000

організацій у 60 країнах [57]. Їх затребуваність у світі, міжнародне визнання та престиж становлять великий інтерес для українських закладів охорони здоров'я.

Стандарти JCI найбільш складні, оскільки відрізняються комплексним підходом до забезпечення якості, безпеки та ефективності надання медичної допомоги. Орієнтація на досконалість означає оцінку досягнення не порогових обов'язкових вимог, а міжнародних цілей у цій галузі. Важливо й те, що під час подання заявки на акредитацію заклад охорони здоров'я бере на себе зобов'язання саме щодо покращення якості медичної допомоги та додаткових послуг. Такий підхід передбачає досить високий рівень розвитку організаційної культури закладу охорони здоров'я.

Термін «досконалість» тут є ключовим, саме на ньому фокусується увага. Під «досконалістю» (досконалою організацією) мають на увазі досягнення стійких чітко визначених визначних результатів діяльності, які відповідають очікуванням усіх зацікавлених сторін або перевищують їх. Збалансований підхід до діяльності закладів охорони здоров'я зумовив інтеграцію двох типів стандартів: які регламентують основні функції закладів охорони здоров'я та які пов'язані з пацієнтами.

За своєю структурою стандарти JCI включають чотири групи, з яких найбільший інтерес становлять дві: стандарти, пов'язані з пацієнтами, та стандарти управління закладами охорони здоров'я.

У розділі II стандартів JCI з акредитації медичних організацій [57] представлені стандарти, орієнтовані на пацієнтів, які містять цілі у сфері забезпечення якості та безпеки при наданні медичної допомоги на всіх етапах створення «доданої цінності» у процесі лікування.

Цілі в галузі безпеки вимагають, щоб невід'ємною частиною медичної допомоги стало створення в закладі охорони здоров'я системи управління безпекою пацієнта. Цілі в галузі забезпечення доступності та допустимості лікування сприяють безперервності процесу надання медичної допомоги, підвищенню її ефективності та результативності.

Вимоги щодо забезпечення прав пацієнтів та їх сімей спрямовані на залучення їх до процесу лікування, виконання законодавчих вимог та норм, інформування пацієнтів про їхні обов'язки. Це підвищує якість лікування та догляду, а також допомагає дотримуватися принципів медичної етики та деонтології, прав пацієнтів, поважати їхню честь та гідність. Залучати пацієнтів та їхні сім'ї у процес лікування дозволяє і стандарт їхнього навчання. Це суттєво впливає на кінцеві результати надання медичної допомоги.

Ряд стандартів із цієї групи визначає системний підхід до надання медичної допомоги на основних її етапах. Вони зачіпають роботу стаціонару, амбулаторного відділення, лабораторних та діагностичних служб високого ризику, послуги реанімації, харчування, знеболювання та догляд наприкінці життя, а також хірургічну анестезію та хірургічні втручання.

Управління (система менеджменту) лікарськими засобами включає системи та процеси вибору, закупівлі, зберігання, замовлення, призначення, виписування, розподілу, підготовки, дозування, адміністрування, документування та моніторингу лікарських засобів.

Більшість процесів цієї групи стандартів тією чи іншою мірою представлені внутрішніми стандартами закладів охорони здоров'я, включаються до основних та частково допоміжних процесів системи менеджменту якості.

У розділі III стандартів JCI [57] представлені стандарти управління медичною організацією, які розглядаються в окремій групі стандартів. Вони охоплюють відповідальність керівництва, безпечне управління середовищем та інфраструктурою, підвищення кваліфікації та навчання персоналу. Стандарти націлені на безперервне підвищення якості та безпеки лікування, координацію всіх процесів та ініціатив у цій галузі, функціонування основних процесів у керованих умовах.

Так, стандарт з управління, керівництва та лідерства багато в чому перетинається з підходами критеріїв «Лідерство» та «Стратегія» моделі. Він включає концепцію лідерства, визначення та поширення місії закладу охорони

здоров'я, бачення майбутнього та цінностей, стратегії розвитку та планування діяльності.

Частина цілей стандарту JCI відноситься до критерію «Персонал»: політика в цій галузі, визначення необхідних кваліфікацій та компетенцій, комунікацій, інтеграція та координація діяльності, підвищення продуктивності праці, залучення персоналу до вдосконалення діяльності. На додаток до стандарту JCI «Кваліфікація персоналу та освіта» встановлені цілі, пов'язані з адаптацією, навчанням та розвитком персоналу, охороною його здоров'я та безпекою, задоволеністю результатами праці.

Це дозволяє використовувати при впровадженні в діяльність закладів охорони здоров'я стандарти кращої практики в повному обсязі.

Два інші стандарти присвячені управлінню об'єктами інфраструктури та безпеки та профілактиці контролю поширення внутрішньолікарняних інфекцій. Ці цілі належать до критерію моделі, пов'язаного з управлінням будівлями, спорудами та об'єктами інфраструктури. Вони спрямовані на підтримку в закладах охорони здоров'я безпечного, функціонального та ефективного середовища для пацієнтів, працівників та інших осіб, включаючи виявлення та зменшення або усунення ризиків зараження та передачі інфекції.

Останній стандарт цієї групи передбачає цілі в галузі забезпечення управління інформацією. Вони встановлюють, як заклад охорони здоров'я отримує та використовує інформацію для надання, координації та інтеграції медичної допомоги. Впровадження стандартів JCI дає ефект в тих закладах охорони здоров'я, які мають досвід роботи зі стандартами менеджменту та моделями досконалості. Вони дозволяють сформулювати необхідну для використання JCI культуру управління процесами, цілями у сфері забезпечення якості та стратегічного розвитку, створити системний підхід до менеджменту та безперервного вдосконалення різних процесів та діяльності в цілому. Моделі та стандарти на системи менеджменту є основою і необхідним інструментом для впровадження стандартів типу JCI.

Підхід на основі концепції досконалості діяльності організації суттєво

розширює можливості закладу охорони здоров'я, визначає його сильні сторони та напрямки для розвитку, визначає методи та інструменти менеджменту. Він включає передовий світовий досвід і охоплює управління процесами, проектами та ініціативами, діяльність лідерів, управління стратегічним розвитком, персоналом, ресурсами та процесами. Все це – для досягнення найкращих результатів діяльності закладу охорони здоров'я на користь споживачів, персоналу, суспільства та розвитку самого закладу.

Моделі досконалості активно впроваджуються і добре зарекомендували себе для вирішення завдань розвитку закладів охорони здоров'я. Так, лише з 2009 р. понад 600 медичних установ Європи пройшли оцінку в EFQM, а в американській премії Болдріджа одна з трьох номінацій належить охороні здоров'я.

Модель досконалості EFQM містить три основні елементи: 1) фундаментальні концепції досконалості, які гуртуються на 8 принципах побудови досконалої організації; 2) критерії можливостей та результатів (9 критеріїв та 32 їх складових), які включають сферу оцінки та результати діяльності організації; 3) логіку RADAR для оцінки можливостей та результатів (рис. 3.1).

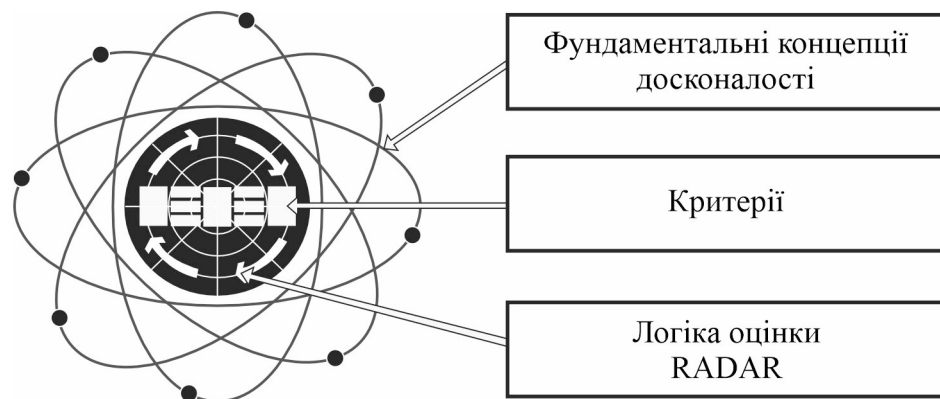


Рис. 3.1. Елементи моделі EFQM

Примітка. Наведено за [51]

Під можливостями розуміють, що і як робить заклад охорони здоров'я, а під результатами – те, чого він досягає завдяки цьому. Можливості фокусують увагу на найважливіших процесах в закладі охорони здоров'я за напрямками:

лідерство, стратегія, персонал, партнерство та ресурси, процеси та послуги. Результати відносяться до ключових зацікавлених сторін (споживачів, персоналу та суспільства), а також ключових моментів, що підтримують стратегію та операційну ефективність діяльності закладу охорони здоров'я.

Структура критеріїв можливості має властивість повноти, що дозволяє включати в модель закладу охорони здоров'я за тим чи іншим критерієм будь-який процес, проект чи ініціативу (найкращу практику). Завдяки цьому можна інтегрувати цілі JCI у модель EFQM та переорієнтувати діяльність закладу охорони здоров'я щодо тих чи інших цілей JCI з використанням розвиненої технології EFQM. Зокрема, йдеться про визначення сильних сторін та напрямків для покращення, оцінки рівня зрілості процесів, спрямованих на досягнення тієї чи іншої мети, визначення показників та індикаторів для моніторингу досягнень, розгортання необхідних процесів, вивчення та впровадження кращих практик.

Сучасні діагностичні моделі забезпечують комплексний підхід до безперервного удосконалення діяльності за рахунок послідовного використання самооцінки як на рівні закладу охорони здоров'я (макрорівні), так і на рівні окремих напрямків його діяльності, що визначаються структурою критеріїв моделі (мікрорівні). Приклад структури підходів (критерії «можливості») та показників (критерії «результати») для моделі EFQM в закладі охорони здоров'я наведено табл. 3.1.

Для отримання ефекту від запровадження стандартів JCI необхідно багато: досить високий рівень зрілості організаційної культури закладу охорони здоров'я, використання внутрішніх стандартів та операційних процедур, навчання персоналу методам управління якістю та безпекою, навички та вміння використовувати процесний та системний підходи, впровадження інструментів управління взаємовідносинами з пацієнтами та іншими зацікавленими сторонами.

Більшість процесів, за допомогою яких реалізуються цілі закладу охорони здоров'я щодо якості та безпеки, представлені в моделі EFQM

Зразкова структура підходів за критеріями «можливості» та «результати» у моделі закладу охорони здоров'я

<p>Лідерство. Концепції закладу охорони здоров'я. Перспективи розвитку. Цінності. Форми та стиль лідерства. Розвиток системи управління. Взаємини у професійному середовищі, з пацієнтами та суспільством. Прозорість перед заінтересованими сторонами. Визнання та оцінка персоналу закладу охорони здоров'я. Корпоративна культура. Етика та медична деонтологія. Управління змінами та ризиками. Управління інноваціями для розвитку закладу охорони здоров'я.</p>	<p>Персонал Плани у сфері персоналу. Найм, адаптація та наставництво. Атестація. Підтвердження кваліфікації. Зворотній зв'язок. Делегування. Командна робота. Мотивація. Компетенції. Навчання. Тренінги. Ефективні комунікації. Конференції. Оплата праці. Соціальні гарантії. Професійні конкурси.</p>	<p>Процеси Управління процесами. Ключові процеси. ISO 9001. Стандарти JCI. Інструменти вдосконалення процесів. Підвищення якості послуг та безпеки. Індикатори процесів. Рада з якості. Нові медичні послуги та сервіс. Гарантія якості. Фокус на пацієнтах. Надання медичних послуг (надходження, обстеження, лікування, виписка, направлення та подальше спостереження, реабілітація). Допоміжні послуги. Управління відносинами із пацієнтами. Реклама та скарги. Довідкове обслуговування. Задоволеність пацієнтів. Діалог з пацієнтами.</p>	<p>Результати для персоналу Опитування персоналу. Структура персоналу Заробітна плата. Плинність та укомплектованість. Навчання. Пропозиції по удосконаленню. Прогули та лікарняні листи. Кваліфікація. Залучення до удосконалення.</p>	<p>Ключові результати діяльності Обсяг реалізації послуг, в т.ч. за видами послуг. Частка ринку медичних послуг. Фінансові індикатори (дебіторська та кредиторська заборгованість, ліквідність і т.п.), витрати на якість. Обіг ліжок. Основні показники захворюваності.. Обсяг амбулаторних та хірургічних послуг. Забезпеченість медикаментами та медичним обладнанням.</p>
	<p>Стратегія Аналіз тенденцій. Розвиток технологій. PEST. SWOT-аналіз. Самооцінка. Найкращі практики та бенчмаркінг. Стратегічне та оперативне планування. Узгодження стратегії на всіх рівнях. Політика та цілі в галузі якості. КПЕ.</p>		<p>Результати для споживачів Сприйняття та поінформованість пацієнтів та членів сімей. Облік скарг та звернень. Лояльність та відданість пацієнтів. Структура відвідувань та надання послуг. Летальність. Закінчені випадки. Диспансеризація. Черги. Харчування.</p>	
	<p>Партнерство та ресурси Система партнерства. Міжнародне партнерство. Компетентність партнерів. Оцінка та вибір постачальників. Фінансовий менеджмент. Управління активами. Інвестиційна програма. Фінансові моделі. Управління ресурсами. Інфраструктурні ризики. Медичне обладнання. Енергоефективність. Система життєзабезпечення. Управління знаннями. Безпека. Інформування.</p>		<p>Результати для суспільства Сприйняття суспільством. Вивчення потреб суспільства. Рейтинги. Відповідальний роботодавець. Аналіз публікацій. ISO 14000. Соціальна відповідальність. Утилізація та зниження рівня відходів. Нові робочі місця. Участь у житті суспільства. Дотримання законодавства.</p>	

Примітка. Сформовано автором

критеріями «Процеси, продукція та послуги», «Результати для споживачів» та частково – критеріями «Партнерство та ресурси» та «Результати для суспільства». Ці стандарти спрямовані на вирішення ряду завдань, що підтримують на системному рівні якість та безпеку медичної допомоги.

Інша група стандартів JCI менеджменту закладів охорони здоров'я у моделі EFQM представлена критеріями «Лідерство», «Стратегія», «Персонал», «Партнерство та ресурси», «Результати для персоналу», «Результати для суспільства» та «Ключові результати». Приклад інтеграція підходів моделі із цілями JCI представлена на рис. 3.2 (для спрощення дана лише частина цілей JCI).

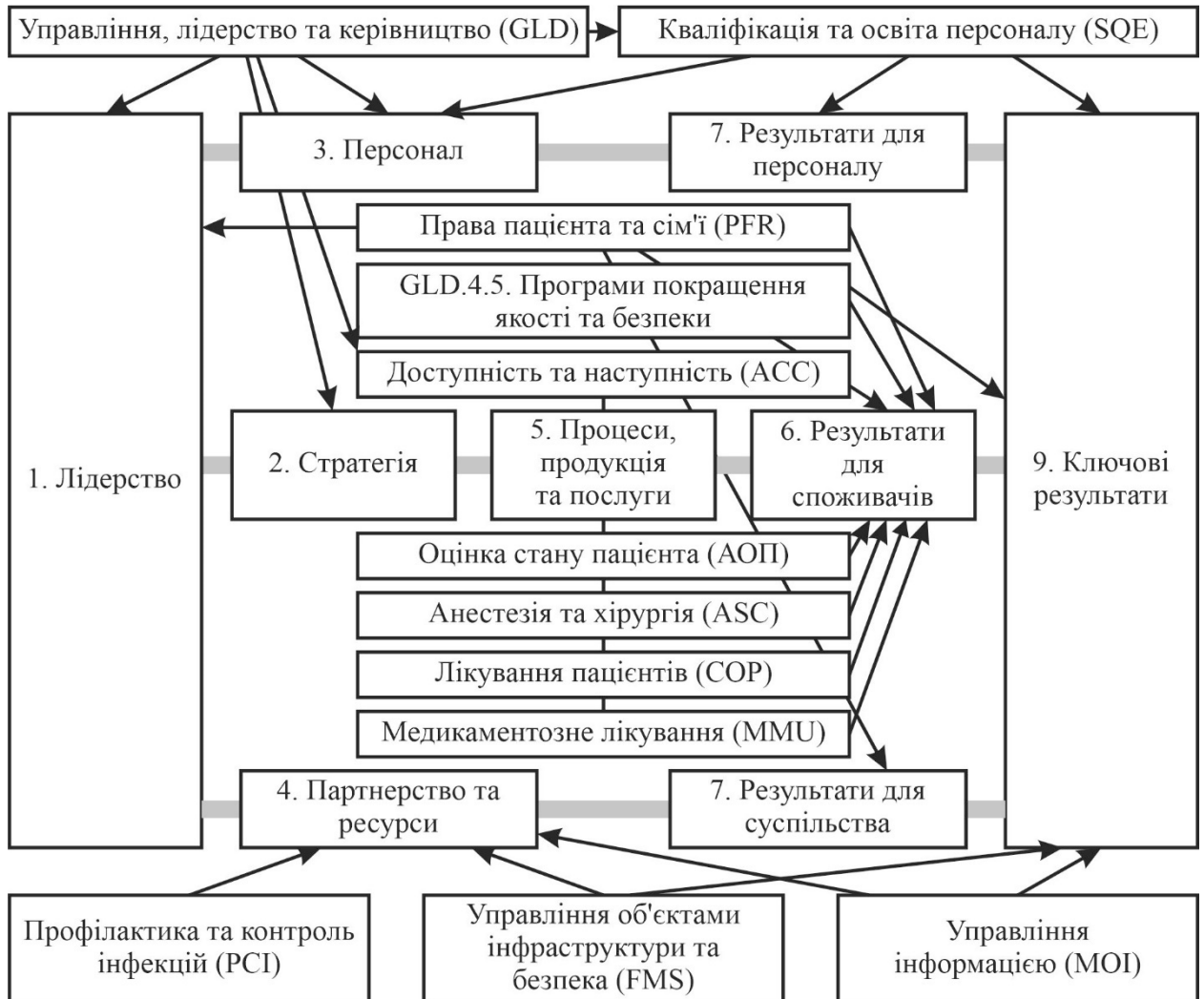


Рис. 3.2. Інтеграція підходів за стандартами JCI (зазначені індекси стандартів) та критеріями моделі EFQM

Примітка. Сформовано автором

Така інтеграція дозволяє використовувати розвинені технології моделі EFQM для успішного розгортання цілей по JCI.

Головним питанням для закладу охорони здоров'я є рішення про використання тих чи інших підходів залежно від завдань, що стоять перед ним. Однак для успішного впровадження моделі потрібна певна готовність, зрілість організаційної культури, проактивний тип лідерства, участь працівників закладу. Зазвичай найкращі заклади охорони здоров'я проходять досить складний шлях – дорогу до досконалості (рис. 3.3).

Впровадження моделі досконалості або комплексних медичних стандартів типу JCI не може проводитись у вигляді пілотних проєктів, пов'язаних з окремими стандартами чи відділеннями закладу охорони здоров'я. Воно вимагає комплексного підходу, одночасного запровадження стандартів у всьому закладі без зупинки основної діяльності – лікувально-діагностичного процесу. Вирішення цього завдання потребує особливої тактики, заснованої на методології мультипроєктного менеджменту.

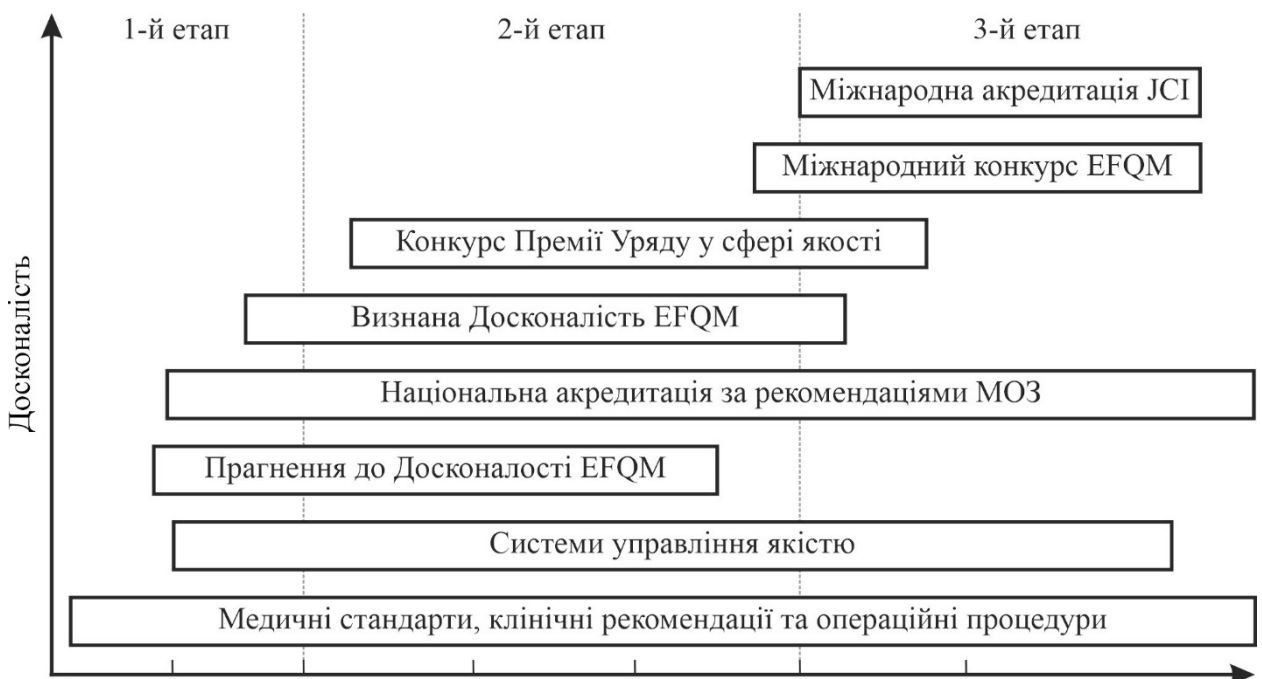


Рис. 3.3. Шлях до досконалості на основі міжнародних стандартів, моделей менеджменту та кращої медичної практики

Примітка. Сформовано автором

Можна виділити три основні етапи у досягненні досконалості у діяльності закладу охорони здоров'я:

1-й етап. На початку шляху – орієнтація на вирішення поточних проблем та завдань шляхом впровадження процесного підходу.

Політика в галузі якості та безпеки медичних послуг визначається на відносно короткострокову перспективу. Основна увага приділяється процесам, для більшості з яких розробляються задокументовані процедури. Ця стадія відповідає періоду початку робіт із впровадження системи управління якістю (СУЯ) (зазвичай із залученням зовнішніх консультантів).

На початку цього етапу діяльність сфокусована на розробці та впровадженні стандартних операційних процедур, протоколів, інструкцій для персоналу, використанні медико-економічних стандартів (вони більшою мірою стосуються виконання комплексу обов'язкових для ліцензування медичної діяльності вимог та покрокового впровадження процесного та системного підходів у менеджменті діяльності закладу охорони здоров'я). У закладі охорони здоров'я поки що не сформовано (або перебуває на стадії формування) середньострокову та довгострокову політику в галузі якості та безпеки медичних послуг, а сама якість сприймається лише як необхідність відповідати обов'язковим вимогам.

Цей рівень зрілості характеризується випадковими діями з удосконалення, зумовленими, як правило, реактивною відповіддю на виникнення проблем, високою роллю індивідуальних ініціатив та компетенцій фахівців за відносно невисокого рівня участі всього персоналу. В управлінні наданням медичних послуг та здійсненні поточної діяльності переважає функціональний підхід, якість та безпека послуг багато в чому залежить від професіоналізму фахівців.

Одночасно з цим розробляються підходи до роботи із пацієнтами, включаючи їхню сегментацію та оцінку задоволеності, а також визначення політики та цілей у сфері якості та безпеки, вимог та очікувань пацієнтів та інших зацікавлених сторін, структури показників діяльності. Із

впровадженням процесного підходу в закладі охорони здоров'я формується система менеджменту та ризик-орієнтоване мислення як основа управління безпекою діяльності.

2-й етап. На шляху до досконалості – системні покращення діяльності.

У фокусі уваги на цьому етапі – розвиток практики безперервного удосконалення шляхом впровадження системного підходу та ризик-орієнтованого мислення. У закладі охорони здоров'я визначено політику та сформовано стратегічні цілі у середньостроковій перспективі, зареаджено процедури, що підтримують основні процеси, проводяться регулярні вимірювання їх ефективності, розроблено комплексні програми забезпечення якості та безпеки, системно здійснюються планування, контроль та коригувальні дії.

З погляду подальшого вдосконалення діяльності та медичних послуг підхід на основі вимог СМЯ, як і наглядових органів, починає виявляти свою обмеженість, оскільки завдання аудитів – визначення відповідності вимогам, але не рівня зрілості та досконалості процесів в закладі охорони здоров'я. Самооцінка діяльності на основі моделей досконалості у цьому випадку виступає дієвим альтернативним способом мотивації медичних організацій, орієнтуючи їх на використання кращих практик у охороні здоров'я.

Слід враховувати, що спосіб використання моделей досконалості для самооцінки може відповідати рівню організаційної зрілості та досконалості діяльності закладу охорони здоров'я. У практиці EFQM це реалізується через імплементацію рівнів досконалості (англ. *level of excellence*). Завдяки цьому заклад охорони здоров'я може підібрати відповідний інструмент з точки зору адекватності поточних завдань та можливостей, вартості та складності проведення робіт. На цьому рівні найбільш дієвими є адаптивні та спрощені підходи до використання моделі EFQM – «Прагнення до досконалості» та «Визнана досконалість». Схема «Прагнення до досконалості» найпростіша і доступна всім організаціям, в тому числі і закладам охорони здоров'я. Її можна рекомендувати для використання в закладах охорони здоров'я для управління

проектами змін, пов'язаних із впровадженням ISO та внутрішніх стандартів. Схеми «Визнана досконалість» вимагає більш зрілого підходу та певного досвіду у проведенні самооцінки діяльності закладом охорони здоров'я.

На даному етапі заклад охорони здоров'я має ще більше труднощів із впровадженням міжнародних професійних стандартів у повному обсязі. Цим цілям відповідають національні практичні рекомендації щодо організації внутрішнього контролю якості та безпеки медичної діяльності, які можуть розглядатися як версія JCI-light (полегшена, адаптована, скорочена).

Заклад охорони здоров'я може розвивати свої підходи, інтегруючи їх у структуру моделі, що забезпечує системність підходу до удосконалення.

3-й етап. Зрілість – організаційна досконалість та найкращі практики в сфері охорони здоров'я.

Основна увага на цьому етапі приділяється безперервному вдосконаленню процесів та створенню ефективної системи управління якістю та безпекою медичної допомоги та діяльності закладу охорони здоров'я загалом. Впровадження найкращих медичних практик забезпечує пацієнтові якість та безпеку медичної допомоги, успішне поєднання її доступності, своєчасності та ефективності.

Якщо на першому етапі основна увага приділяється формуванню ефективних механізмів контролю якості та безпеки медичних послуг, оцінці відповідності встановленим вимогам, на другому – плануванню та створенню системи якості діяльності та управління ризиками та безпекою, то на третьому етапі головним стає покращення якості, формування цілісної системи менеджменту, що охоплює всі основні аспекти діяльності та функціонування закладу охорони здоров'я.

Найбільш ефективною у ініціації та підтримці змін в закладі охорони здоров'я є комбінація моделі ділової досконалості (наприклад, EFQM) та міжнародних стандартів JCI.

Використання моделі досконалості дозволяє створити адаптивну та цілісну модель функціонування закладу охорони здоров'я, а комплексні

стандарти JCI наповнюють її актуальними підходами найкращих медичних практик. Модель досконалості дозволяє поєднувати інструмент для формування цілісної системи управління закладу охорони здоров'я та діагностичний інструмент для реалізації концепції організації, що самонавчається. Як діагностичний інструмент вона дає можливість і операційної оцінки (за критеріями, що відповідають ключовим аспектам діяльності), та стратегічної оцінки впливу змін на розвиток організаційної культури, що підтримують у довгостроковій перспективі стійкість запровадження кращих практик.

Очевидно, що формування галузевої системи забезпечення якості та безпеки медичної діяльності потребує динамічного поетапного підходу, широкого застосування національних та міжнародних стандартів кращої медичної практики та моделей досконалості.

3.2. Інноваційна модель управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я

Для розробки заходів з підвищення якості надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я використано процесний та системний підходи, на основі яких розроблено інноваційний механізм управління якістю медичних послуг (рис. 3.1).

У цьому механізмі виділено кілька контурів управління, а також прямий та зворотний зв'язок. Ці контури управління пов'язані між собою і піддаються впливу чинників довкілля, мають різні модифікації, але загалом є досить уніфікованими для будь-якого закладу охорони здоров'я. Пропонований механізм включає традиційні елементи організації, зокрема сукупність об'єктів, які притаманні комерційним організаціям взагалі, в тому числі і тим, що надають медичні послуги населенню.

Проте є деякі відмінності використання рекомендованого механізму, пов'язані переважно зі специфікою функціонування закладів охорони здоров'я (поліклініки, лікарні, санаторно-курортного закладу). До такої специфіки

належать кількість підрозділів, показники якості медичних послуг, комплексність послуг, технології обслуговування тощо.

В рамках запропонованого механізму керівна підсистема здійснює вплив на керовану підсистему через місію, ціль, стратегію, політику закладу охорони здоров'я, визначає основні функції його діяльності. Крім того, основні атрибути закладу охорони здоров'я формують склад та зміст структури та культури управління. У свою чергу, керована підсистема включає такі елементи, як: ресурси та інструментальне забезпечення управлінської та функціональної діяльності з надання медичних послуг, результати, що виражаються у кількісних та якісних показниках.

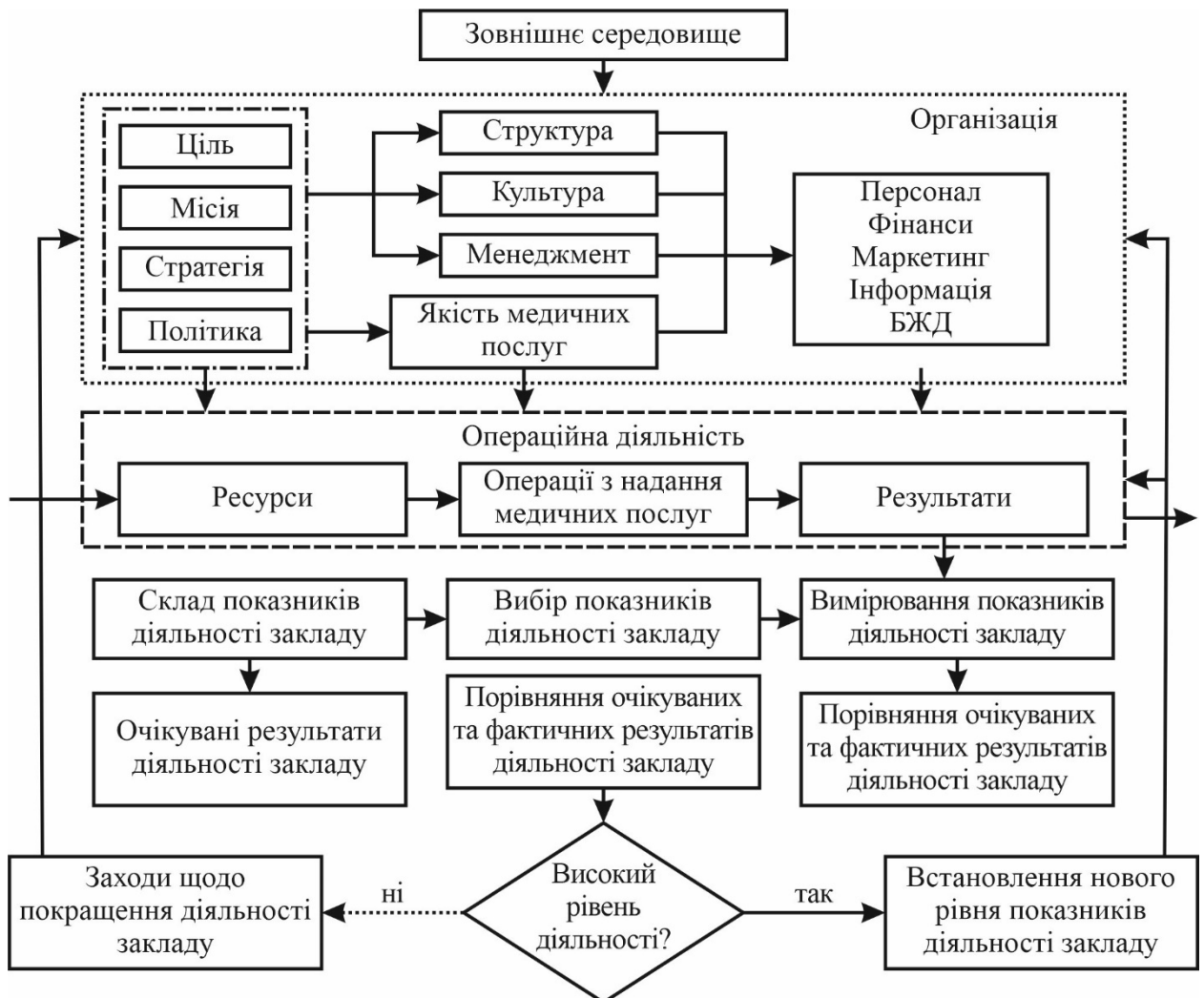


Рис. 3.1. Інноваційний механізм управління наданням медичних послуг закладом охорони здоров'я

Примітка. Розроблено автором

Особливу роль в діяльності закладу охорони здоров'я відіграє менеджмент, який формує відносини між людьми всередині закладу, а також із зовнішнім середовищем. Поведінка закладу охорони здоров'я складається із сукупності поведінки його членів, відносин окремих структурних підрозділів, взаємодії формальних та неформальних груп. Поведінка працівника закладу охорони здоров'я має бути передбачуваною, адекватною і формалізованою і має сприяти успішному вирішенню всіх видів завдань, у тому числі пов'язаних із підвищеною увагою до проблем пацієнтів. Період діагностики та обстеження займає багато часу, включаючи розповідь пацієнта про свої відчуття та причини їх виникнення, що потребує додаткової уваги, оскільки від цього залежать лікарські призначення та подальший шлях лікування пацієнта.

Для забезпечення логічного зв'язку пропонованого інноваційного механізму управління наданням медичних послуг із іншими елементами управлінської системи пропонуємо запровадити в діяльність закладів охорони здоров'я інноваційну модель управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я (рис. 3.2), яка повинна стати методологічною основою для розробки технологій вимірювання та оцінки якості надання медичних послуг і має містити сформовані методичні рекомендації щодо розробки інтегрального показника якості медичного обслуговування населення.

Рекомендована модель зобов'язує фахівців та експертів не лише оцінити якість медичного обслуговування пацієнтів, а й виконати підготовку та впровадження заходів щодо підвищення показників якості надання медичних послуг.

Однак при цьому необхідно розробити інструменти (засоби, методи) для формування технологій вирішення комплексу управлінських завдань, а потім і їх безпосереднього використання в діяльності закладу охорони здоров'я. При цьому в моделі відображається зворотний зв'язок для виконання необхідних змін у процесі вимірювання, оцінки та аналізу якості медичних послуг. При необхідності приймається рішення щодо підвищення якості медичних послуг

відповідно до процедур, представлених у моделі управління якістю медичних послуг, починаючи з 8-го пункту (рис. 3.2).

Впровадження рекомендованої інноваційної моделі управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я повинно супроводжуватись технологізацією всього комплексу підпроцесу «Управління якістю медичного обслуговування» на рівні процедур, для того щоб було відоме все інформаційне забезпечення.



Рис. 3.2. Інноваційна модель управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я

Примітка. Розроблено автором

Управління якістю медичного обслуговування спрямоване на досягнення конкурентних переваг на ринках за допомогою вибору та розвитку ключових компетенцій. Метою такого управління є оптимізація та вдосконалення медичного обслуговування до такого рівня, який задовольнить певні

встановлені вимоги, потреби та запити пацієнтів при мінімальних витратах на його здійснення. Управління якістю медичного обслуговування передбачає вибір параметрів управління, які характеризують та визначають перебіг процесу. Забезпечуючи якісний процес медичного обслуговування відповідно до технологічного регламенту забезпечується якісна кінцева послуга; при цьому здійснюється перехід від контролю якості до управління якістю. Рекомендована модель підпроцесу «Управління якістю медичного обслуговування» представлена на рис. 3.3.

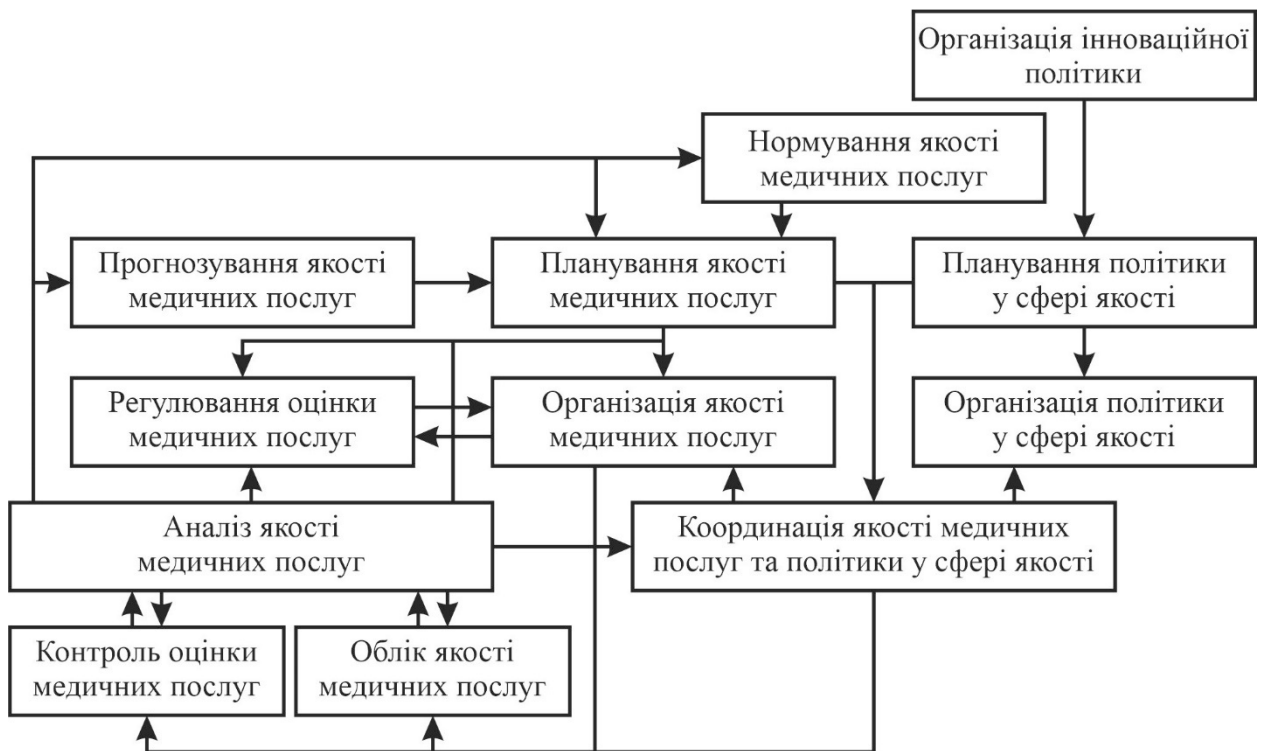


Рис. 3.3. Інноваційна модель підпроцесу управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я

Примітка. Розроблено автором

Наведемо детальну характеристику всіх завдань підпроцесу «Управління якістю медичних послуг», що забезпечують ефективність медичних послуг.

Нормування якості медичних послуг – це забезпечення суворого дотримання вимог стандартів, технічних умов та іншої нормативної документації; забезпечення та підтримання медичного обслуговування на прийнятному та стабільному рівні, що гарантує відповідність медичних послуг

встановленим вимогам.

Прогнозування якості медичних послуг – вивчення та оцінка можливих перспектив удосконалення управління якістю. Прогнозування передусє плануванню, використовується для виявлення перспектив, передбачення тенденцій розвитку управління якістю на основі аналізу минулого та сьогодення, зіставлення цілей, яких необхідно досягти у майбутньому.

Планування якості медичних послуг – це розробка конкретних заходів, що забезпечують досягнення заданого рівня якості, підвищення ефективності медичного обслуговування та використання якісних ресурсів.

Організація якості медичних послуг – це сукупність прийомів, методів, раціонального поєднання ланок управлінської системи та її взаємозв'язок із показниками якості медичного обслуговування у просторі.

Облік якості медичних послуг – реєстрація стану медичного обслуговування діяльності у свідомості або на носіях інформації до, у процесі та після закінчення процесу надання медичних послуг.

Контроль якості медичних послуг – це фіксація відхилень від заданого процесу медичного обслуговування, а також статистичний аналіз точності та стабільності технологічних процесів медичного обслуговування та їхнього статистичного регулювання.

Аналіз якості медичних послуг – це діяльність із дослідження системи якості медичного обслуговування, в основі якої лежить вивчення її окремих елементів. Економічний аналіз дозволяє з наукових позицій обґрунтувати рішення та дії у сфері економіки, сприяти вибору кращих варіантів дій.

Регулювання якості медичних послуг – це коригування параметрів процесу медичного обслуговування за результатами вибіркового контролю, необхідне для забезпечення необхідного рівня якості медичних послуг.

Координація якості медичних послуг та політики в галузі якості – це забезпечення досягнення злагодженості та узгодженості роботи системи управління якістю медичного обслуговування з усіма структурними підрозділами закладу охорони здоров'я на основі налагодження необхідних

комунікацій.

Крім основних завдань, були включені три суміжні, які беруть безпосередню участь у діяльності підпроцесу «Управління якістю медичних послуг» (див. рис. 3.3).

Для підвищення ефективності підпроцесу управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я необхідно розробити технології вирішення всіх завдань всіх підпроцесів, які є складовими елементами рекомендованої моделі. В табл. 1.1 як приклад наведено технологію вирішення завдань в рамках підпроцесу «Планування якості медичного послуг».

Таблиця 3.1

Технологія «Планування якості медичних послуг»

Вхідні документи	Процедури рішень	Вихідні документи
Перспективний план забезпечення медичного обслуговування пацієнтів. Список медичних послуг закладу охорони здоров'я. Сучасні вимоги до якості медичного обслуговування пацієнтів. Нові управлінські завдання, можливі ситуації, проблеми. Пропозиції щодо покращення моделі якості медичного обслуговування пацієнтів.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прийняття рішення щодо необхідності забезпечення якості медичного обслуговування пацієнтів. 2. Видання наказу про забезпечення якості медичного обслуговування. 3. Дослідження нових управлінських завдань, можливих ситуацій, проблем закладу охорони здоров'я. 4. Розробка заходів щодо забезпечення якості медичного обслуговування пацієнтів. 5. Визначення відповідності обраної (розробленої) моделі забезпечення якості медичного обслуговування сучасним вимогам. 6. Внесення пропозицій щодо удосконалення моделі забезпечення якості медичного обслуговування. 7. Визначення існуючих інструментів медичного обслуговування пацієнтів. 8. Призначення відповідальних осіб за забезпечення якості медичного обслуговування пацієнтів. 9. Вибір методів та способів підвищення якості медичного обслуговування пацієнтів. 10. Розробка річного плану забезпечення якості медичного обслуговування пацієнтів. 11. Визначення термінів 	<p>Наказ щодо забезпечення якості медичного обслуговування пацієнтів.</p> <p>Перелік елементів медичного обслуговування, що підлягають удосконаленню.</p> <p>Річний план забезпечення медичного обслуговування пацієнтів.</p> <p>Графік проведення забезпечення медичного обслуговування пацієнтів.</p> <p>Модель забезпечення якості медичного обслуговування пацієнтів.</p>

	забезпечення якості медичних послуг. 12. Розробка графіка проведення заходів по забезпеченню якості медичного обслуговування пацієнтів. 13. Затвердження плану забезпечення якості медичного обслуговування. 14. Доведення планів забезпечення якості медичного обслуговування до підрозділів закладу та його працівників.	
--	---	--

Примітка. Розроблено автором

Отже, рекомендований інноваційний механізм, інноваційна модель та технології вирішення завдань підпроцесу «Управління якістю медичних услуг» дозволять підняти на більш високий рівень медичного обслуговування пацієнтів в закладі охорони здоров'я.

Висновки до розділу 3

В умовах глобалізації та європейської інтеграції для удосконалення системи управління якістю в закладі охорони здоров'я необхідно імплементувати в його діяльність міжнародні стандарти та моделі менеджменту, до яких віднесено стандарти Міжнародної організації зі стандартизації (ISO), модель досконалості Європейського фонду менеджменту якості (EFQM), модель Болдріджа (США) та інші міжнародні розробки у цій сфері. За основі слід взяти модель досконалості EFQM та доповнити її іншими міжнародними моделями та стандартами в сфері якості.

Роботу по досягненню досконалості у діяльності закладу охорони здоров'я слід поділити на три етапи: 1) орієнтація на вирішення поточних проблем та завдань шляхом впровадження процесного підходу; 2) системні покращення діяльності закладу; 3) організаційна досконалість та найкращі практики в сфері охорони здоров'я.

Використання моделі досконалості дозволить створити адаптивну та цілісну модель функціонування закладу охорони здоров'я, а комплексні стандарти JCI наповнюють її актуальними підходами найкращих медичних практик. Модель досконалості поєднує інструмент для формування цілісної

системи управління закладу охорони здоров'я та діагностичний інструмент для реалізації концепції організації, що самонавчається. Як діагностичний інструмент вона дає можливість і операційної оцінки (за критеріями, що відповідають ключовим аспектам діяльності), та стратегічної оцінки впливу змін на розвиток організаційної культури, що підтримують у довгостроковій перспективі стійкість запровадження кращих практик.

Для удосконалення системи управління якістю в закладі охорони здоров'я використано процесний та системний підходи, на основі яких розроблено інноваційний механізм управління якістю медичних послуг. У цьому механізмі виділено кілька контурів управління, а також прямий та зворотний зв'язок. Всі контури управління пов'язані між собою і піддаються впливу чинників довкілля, мають різні модифікації, але загалом є досить уніфікованими для будь-якого закладу охорони здоров'я.

Пропонований інноваційний механізм управління якістю медичних послуг покладено в основу моделі управління якістю медичних послуг, яка розроблена спеціально для закладу охорони здоров'я.

Для підвищення ефективності процесу управління якістю медичних послуг необхідно розробити технології вирішення всіх завдань всіх підпроцесів, які є складовими елементами рекомендованої моделі управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я. Як приклад, розроблено технологію вирішення завдань в рамках підпроцесу «планування якості медичного послуг».

ВИСНОВКИ

Дослідження передумов впровадження сучасних моделей управління якістю в діяльність закладу охорони здоров'я, проведене на матеріалах КНП «5-а МКП м. Львова», дозволило зробити наступні висновки та пропозиції.

Сучасна система охорона здоров'я стикається з проблемами у чотирьох основних сферах: 1) підвищення вартості медичних послуг; 2) швидко зростаюча залежність від технологій; 3) необхідність скорочення витрат при безперервному підвищенні показників якості; 4) необхідність задоволення потреб пацієнтів. При вирішенні цих проблем більшість країн світу проходять послідовний шлях від формування професійної моделі управління якістю в сфері охорони здоров'я (зі збільшенням кількості медичних фахівців та клінічних підходів), через адміністративну модель (з розвитком та збільшенням вартості медичних технологій), до індустріальної моделі (із зростанням ролі пацієнта та його потреб при наданні медичної допомоги).

Найбільш популярними інструментами управління якістю у світовій системі охорони здоров'я є: ліцензування суб'єктів надання медичної допомоги, сертифікація окремих процесів та результатів медичної діяльності, а також комплексна оцінка діяльності закладів охорони здоров'я у рамках акредитації, яка сьогодні у багатьох країнах замінює сертифікацію та ліцензування, а також виступає як ключовий елемент угоди з учасниками медичного страхування.

У світовому співтоваристві широко використовуються такі підходи до управління якістю, як загальний контроль якості, загальне управління якістю, що включає забезпечення якості і підвищення якості, безперервне поліпшення якості, «ощадливе виробництво», що включає політику Хосін Канрі та цикл Демінга-Шухарта, міжнародні стандарти якості ISO та JCI.

КНП «5-а МКП м. Львова» є «амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги первинної, вторинної/спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених

законодавством України та цим відповідним статутом» [58].

З цією метою в КНП «5-а МКП м. Львова» побудовано дієву організаційну структуру, яка дозволяє йому оперативно, якісно та комфортно надавати медичні послуги. Організаційна структура та її функціональне наповнення постійно змінюються та адаптуються до вимог якості, які сьогодні виставляють органи влади, пацієнти та незалежні міжнародні організації.

Система контролю якості медичної допомоги в КНП «5-а МКП м. Львова» складається з чотирьох рівнів: перший рівень (рівень лікаря), другий рівень (рівень завідувача відділенням), третій рівень (рівень заступників директора (головного лікаря) та четвертий рівень (рівень лікарських комісій).

Оцінка якості медичних послуг КНП «5-а МКП м. Львова» проводилась на основі спеціально розробленої анкети. На основі проведених розрахунків встановлено, що середня оцінка якості послуги у КНП «5-а МКП м. Львова» дорівнює 57,5 балів із 75 можливих.

В роботі також проведено порівняння якості медичних послуг КНП «5-а МКП м. Львова» та КНП «4-а МКП м. Львова». Середня оцінка за результатами анкетування пацієнтів КНП «4-а МКП м. Львова» склала 54,83 бали, що дещо нижче, ніж оцінка КНП «5-а МКП м. Львова».

В результаті проведеного аналізу встановлено, що КНП «5-а МКП м. Львова» випереджає КНП «4-а МКП м. Львова» практично за всіма критеріями, за винятком критеріїв «кваліфікація медичного персоналу (лікарі)», «гнучкість цінової політики», де перевага на стороні КНП «4-а МКП м. Львова». Також виявлено рівність за показником «злагодженість та рівень взаємодії медичних підрозділів».

В умовах глобалізації та європейської інтеграції для удосконалення системи управління якістю в закладі охорони здоров'я необхідно імплементувати в його діяльність міжнародні стандарти та моделі менеджменту, до яких віднесено стандарти Міжнародної організації зі стандартизації (ISO), модель досконалості Європейського фонду менеджменту якості (EFQM), модель Болдріджа (США) та інші міжнародні розробки у цій

сфері. За основи слід взяти модель досконалості EFQM та доповнити її іншими міжнародними моделями та стандартами в сфері якості.

Роботу по досягненню досконалості у діяльності закладу охорони здоров'я слід поділити на три етапи: 1) орієнтація на вирішення поточних проблем та завдань шляхом впровадження процесного підходу; 2) системні покращення діяльності закладу; 3) організаційна досконалість та найкращі практики в сфері охорони здоров'я.

Використання моделі досконалості дозволить створити адаптивну та цілісну модель функціонування закладу охорони здоров'я, а комплексні стандарти JCI наповнюють її актуальними підходами найкращих медичних практик. Модель досконалості поєднує інструмент для формування цілісної системи управління закладу охорони здоров'я та діагностичний інструмент для реалізації концепції організації, що самонавчається. Як діагностичний інструмент вона дає можливість і операційної оцінки (за критеріями, що відповідають ключовим аспектам діяльності), та стратегічної оцінки впливу змін на розвиток організаційної культури, що підтримують у довгостроковій перспективі стійкість запровадження кращих практик.

Для удосконалення системи управління якістю в закладі охорони здоров'я використано процесний та системний підходи, на основі яких розроблено інноваційний механізм управління якістю медичних послуг. У цьому механізмі виділено кілька контурів управління, а також прямий та зворотний зв'язок. Всі контури управління пов'язані між собою і піддаються впливу чинників довкілля, мають різні модифікації, але загалом є досить уніфікованими для будь-якого закладу охорони здоров'я.

Пропонований інноваційний механізм управління якістю медичних послуг покладено в основу моделі управління якістю медичних послуг, яка розроблена спеціально для закладу охорони здоров'я.

Для підвищення ефективності процесу управління якістю медичних послуг необхідно розробити технології вирішення всіх завдань всіх підпроцесів, які є складовими елементами рекомендованої моделі управління

якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я. Як приклад, розроблено технологію вирішення завдань в рамках підпроцесу «планування якості медичного послуг».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 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.
2. Вовк С.М., Вовк Т.В., Чумаріна Т.В. Питання контролю якості в управлінській політиці лікувально-діагностичного процес. *Держава та регіони. Сер. Державне управління*. 2019. № 2. С. 50-54.
3. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. В.В. Горачук. Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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>
8. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2019. № 1. С. 37-50.
9. 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.
10. 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.

11. 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>

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

13. 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>

14. Зюков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «якість медичної допомоги». *Охорона здоров'я України*. 2007. № 3-4 (27-28). С. 54-59.

15. Касянчук В.В. Бергілевич О.М., Сміянова О.І. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник; за ред. проф. В. А. Сміянова. Суми : Сумський державний університет, 2019. 246 с.

16. 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>

17. Мельник А.Ф., Мельник Ю.В. Трансформація регіональних ринків медичних послуг в умовах інституційних реформ в Україні. *Регіональна економіка*. 2019. Вип. II (74). С. 28-52.

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

19. 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.

20. 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.

21. 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

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

23. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

24. Офіційний сайт Міжнародної організації зі стандартизації. URL:

<https://www.iso.org/home.html>

25. Офіційний сайт Національного інституту стандартів і технологій (НІСТ). URL: <https://www.nist.gov/>

26. Петрущак І. Система контролю 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.

27. Петрущак І. Сучасні моделі управління якістю надання медичних послуг. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 4 травня 2023 року). Тернопіль, ЗУНУ. С. 268-271.

28. 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>

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

30. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 27 травня

1997 року № 280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>

31. 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>

32. 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>

33. Про припинення Комунальної 5-ї міської клінічної поліклініки шляхом перетворення у Комунальне некомерційне підприємство «5-а міська клінічна поліклініка м. Львова: рішення Львівської міської ради 12 сесії 7-го скликання від 22 березня 2018 року № 3129.

34. Про створення Центрів психічного здоров'я на території Львівської міської територіальної громади: Наказу Управління охорони здоров'я Львівської міської ради від 17 квітня 2022 № 135.

35. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>

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

37. 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.

38. Статут комунального некомерційного підприємства «5-а міська клінічна поліклініка м. Львова».

39. 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.

40. 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.

41. 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.

42. 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>

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

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

45. 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>

46. 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/27328/8/18smmpz.pdf>

47. 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.

48. 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.

49. 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.

50. 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>

51. About EFQM, the official site of The European Foundation for Quality Management. URL: <https://efqm.org/>

52. Al Shawan D. The effectiveness of the joint commission international accreditation in improving quality at King Fahd University Hospital, Saudi Arabia: a mixed methods approach. *J. Healthc. Leadersh.* 2021; 13: 47–61. <https://doi.org/10.2147/JHL.S288682>

53. Best M., Neuhauser D. W Edwards Deming: father of quality management, patient and composer. *Qual. Saf. Health Care.* 2005; 14(4): 310–2. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015289>

54. Best M., Neuhauser D. Walter A Shewhart, 1924, and the Hawthorne factory. *Qual. Saf. Health Care.* 2006; 15(2): 142–3. <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.018093>

55. 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>

56. Halasa Y.A., Zeng W., Chappy E., Shepard D.S. Value and impact of

international hospital accreditation: a case study from Jordan. *East Mediterr. Health J.* 2015; 21(2): 90–9. <https://doi.org/10.26719/2015.21.90>

57. Joint Commission International Survey Process Guide for Hospitals. 6th Edition. Effective 1. 2017. July.

58. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academies Press (US); 2000.

59. 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>

60. Tricker R. *ISO 9001:2015 in Brief*. New York: Routledge; 2016.

61. Zhukovska, A., Brechko, O., Zheliuk, T., Chyгур, O., Shushpanov, D., Nytko, 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>

62. 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>