

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра менеджменту, публічного
управління та персоналу

Данильчук Олексій Петрович

**УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЗА
ЯКІСТЮ ПОСЛУГ ЯК УМОВИ ПІДВИЩЕННЯ
КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ**

Спеціальність 074 – Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота за рівнем вищої освіти освітнім «бакалавр»

Науковий керівник
к.е.н., доц. **Попович Т.М.**

ТЕРНОПІЛЬ – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЗА ЯКІСТЮ ПОСЛУГ ЯК УМОВИ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ	6
1.1. Об'єктивна необхідність та завдання контролю за якістю послуг як умови підвищення конкурентоспроможності організації.	6
1.2. Складові системи контролю якості послуг та базові принципи її організації.	20
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ПОСЛУГ В ДОСЛІДЖУВАНІЙ ОРГАНІЗАЦІЙ	31
2.1. Аналіз процедур організації та технологій проведення контролю якості послуг в закладі охорони здоров'я.	31
2.2. Оцінка результативності системи контролю якості послуг в контексті підвищення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я.	39
Висновки до розділу 2	48
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ПОСЛУГ ЯК УМОВИ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ	50
Висновки до розділу 3	59
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	64
ДОДАТКИ	71

ВСТУП

Актуальність теми. Якість є однією з основних компонентів діяльності організації, що забезпечує її конкурентні переваги та посилює привабливість для споживачів. Необхідність правильної організації та удосконалення системи контролю якості зумовлена посиленням не лише конкурентної боротьби, але й зростанням вимог споживачів щодо якості і безпеки послуг, що надаються.

При цьому великого значення набуває покращання якості надання послуг відповідно до міжнародних вимог і стандартів. Тому одним з найважливіших напрямків в організації є формування стратегічних конкурентних переваг та забезпечення споживачів послугами більш високої якості. Це обумовлює перегляд засад управління в організаціях з позицій розробки, забезпечення, досягнення та систематичного підвищення рівня якості послуг, що неможливо без здійснення такої важливої управлінської функції, як контролювання якості.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Питанням контролю якості послуг присвячено ряд праць вітчизняних і зарубіжних науковців, зокрема: С. Бардаш Т. Бойко, Т. Боднара, Н.Виговської, Л.Гуцаленка, О.Дзюби, К.Жадько, І.Калашніка, Ю.Каховича, Т. Конти Ж. Крисько Л. Лісовської, О. Овсянюк-Бердадіної, Т. Попович, Н.Попової, М.Шкільняка та інші.

Проблеми якості медичної послуги та контролю за її рівнем розглядалися в працях В. Лехан, О. Зюков; З. Надюк; В. Москаленко, Т. Грузева, Л. Галієнко; О. П. Корнійчук та інші.

Мета дослідження. Метою дослідження є вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення організації системи контролю за якістю послуг в умовах посилення конкуренції на ринку.

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

обґрунтувати об'єктивну необхідність та вивчити завдання контролю за якістю послуг як умови підвищення конкурентоспроможності організації;

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

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

провести оцінку результативності системи контролю якості послуг в контексті підвищення конкурентоспроможності організації;

надати пропозиції щодо шляхів удосконалення організації системи контролю якості послуг як умови підвищення конкурентоспроможності організації.

Об'єкт дослідження. Об'єктом дослідження є механізми та процедури контролювання якості послуг в організації.

Предмет дослідження. Предметом дослідження є теоретичні і практичні підходи та способи організації системи контролю за якістю послуг як умови підвищення конкурентоспроможності організації

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

Теоретичну та інформаційну основу досліджень склали наукові дослідження з проблем контролю за якістю надання послуг як вітчизняних, так і зарубіжних вчених, законодавчі та нормативні акти України, міжнародні стандарти ISO серії 9000, практичні матеріали досліджуваної організації.

Апробація. За результатами досліджень опубліковано тези на тему «Організація контролю за якістю надання послуг в системі управління

конкурентоспроможністю організації» у збірнику тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, ТНЕУ, 2020).

Структура та обсяги роботи. Випускна кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 70 сторінках, складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 70 найменування та містить 2 таблиці і 13 рисунків

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЗА ЯКІСТЮ ПОСЛУГ ЯК УМОВИ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ

1.1. Об'єктивна необхідність та завдання контролю за якістю послуг як умови підвищення конкурентоспроможності організації

Контроль якості є важливим елементом системи управління якістю, зорієнтованого на підвищення результативності діяльності організації в контексті посилення її конкурентних переваг та позицій на ринку. Сутнісний зміст контролю, як функції управління, можна розглядати з трьох методологічних позицій [60;1;15]:

контроль як економічна категорія, що має відповідне змістове наповнення і володіє певним понятійним апаратом;

контроль як комплексна функція та невід'ємна складова управлінської діяльності, пов'язана з: перевіркою відповідності встановленим стандартам, процедурам та нормативам; звітуванням; спостереженням за процесом виконання завдання; проведенням необхідних замірів; експертним оцінюванням тощо;

контроль як самостійний управлінський процес та цілісна система. В цьому аспекті контроль починається з дослідження власне процедури прийняття управлінського рішення, забезпечує супровід процесу розроблення програми дій, і якнайповніше проявляється на стадії реалізації такого рішення. Отже, завершивши первинний етап процесу управління, контрольна діяльність забезпечує формування сприятливого середовища для нового управлінського циклу.

Безпосередньо у процесі контролю оцінюється: якість власне прийнятого управлінського рішення; ефективність організаційних заходів, що розробляються для його виконання; відповідність процесу організування роботи щодо досягнення поставлених завдань встановленому порядку

(алгоритму) дій ; якість персоналу, який буде виконувати рішення чи виконувати певну роботу.

Важливе місце в системі контролю в організації займає контроль якості продукції (послуг). В умовах ринкової економіки успішна її діяльність можлива лише в тому випадку, коли вироблені продукція та або надані послуги:

відповідають чітко визначеним потребам, середовищу застосування і призначення, мають необхідні для замовника цінності і споживчі властивості;

відповідають діючим (прийнятим, погодженим) нормативним документам;

відповідають чинному законодавству та іншим вимогам суспільства;

пропонуються споживачеві за економічно доступними цінами (тарифами);

обумовлюють отримання вигоди (доходу).

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



Рис. 1.1. Місце контролю якості в системі управління організацією
 Примітка. Узагальнено за [19;36;38]

Метою контролю якості є своєчасне запобігання можливому порушенню встановлених вимог до базових характеристик якості та забезпечення заданого рівня якості продукту за оптимальних витрат на її виробництво. Відповідно, можна сформулювати такі основні завдання контролю за якістю:

- гарантування відповідності продукту (послуги) та процесів її виробництва (надання) вимогам нормативно-технічних документів, стандартам, зразкам-еталонам;

- інформування про умови перебігу процесу виробництва та підтримки його стабільності;

- захист від надходження неякісної сировини, матеріалів, енергоносіїв та комплектуючих виробів;

- виявлення порушень технологічного процесу виробництва (процесу надання послуги) та помилок (дефектів) на ранніх стадіях;

- запобігання виробництву неякісної продукції (надання послуги).

Загалом, система контролю якості, за визначенням науковців [36;38], є регламентований міжнародними та вітчизняними стандартами, а також стандартами конкретної організації порядок регулювання виробничих процесів, спрямованих на забезпечення необхідного рівня якості вироблюваного продукту чи наданої послуги. Тобто, між контролем якості та якістю продукції (послуги) існує тісний зв'язок. Контроль якості базується на вимірі різних її характеристик, що задовольняють споживчі вимоги замовника або ж його очікування.

У загальному виді система контролю за якістю складається з декільком підсистем, а саме: концептуалізація системи якості в організації; планування якості; впровадження систем якості; контролю якості; аналізу якості; управління якістю (рис.1.2).

На етапі концептуалізації визначається політика і стратегія забезпечення якості, яка задовольняє очікувані вимоги клієнта (споживача). Структурно вона включає: вироблення чітких цілей з якості; встановлення загальних вимог та принципів забезпечення якості; розроблення відповідних стандартів, норм і

правил роботи; інтегрування функцій забезпечення якості в систему менеджменту; встановлення вимог до системи якості, що впроваджується.



Рис. 1.2. Складові системи контролю за якістю послуг

Примітка. Узагальнено автором за [38]

На стадії планування якості формуються стандартні вимоги, які варто використовувати, щоб досягти цілей політики якості, а сам процес планування зорієнтовується на ідентифікацію цих стандартів та пошук шляхів їх реалізації. Основними завданнями планування якості є: визначення показників (критеріїв) оцінки якості; визначення технічних специфікацій; опис процедур управління якістю; складання списку об'єктів контролю; вибір методів і засобів оцінки якості; опис зв'язків з іншими процесами; розробка плану управління якістю.

Впровадження системи контролю якості передбачає створення необхідних і достатніх організаційних, технічних, фінансових та інших умов для забезпечення виконання вимог щодо якості та можливостей їх задоволення. На етапі безпосереднього контролювання якості проводиться регулярна перевірку відповідності процесу надання послуги встановленим критеріям або ж вимогам, а саме: порівнюються фактичні результати роботи із встановленою

процедурою як в якісному, так і в кількісному вимірі; проводиться аналіз динаміки якості впродовж його життєвого циклу; формується перелік відхилень; розробляється комплекс коригувальних дій; здійснюється документування змін. Завершальний етап передбачає зведення аналітичних оцінок якості результатів роботи, складання списку претензій щодо якості, вирішення конфліктів і суперечок, оформлення документації, оцінка практики та отриманих висновків щодо ефективності управління якістю.

Для забезпечення ефективності контролю якості, всі вищезначені підсистеми мають перебувати у постійному взаємозв'язку та інформаційних комунікаціях.

В практиці контролю якості використовуються різні його види, які, як правило, залежать від завдань проведення, рівнів здійснення, охоплення об'єкту контролю тощо. В рамках контролювання якості надання послуг, можемо зацентувати увагу на таких найбільш доцільних для використання видових характеристиках:

- за повнотою охоплення об'єкту контролю : суцільний, вибірковий;
- засобами контролювання: візуальний, реєстраційний, вимірювальний;
- за етапом надання послуги: вхідний контроль; операційний контроль; вихідний контроль;
- залежно від управлінської стадії: упереджувальний; поточний; наступний;
- залежно від ступеню впливу на процес надання послуги: активний, пасивний;
- за виконавцями: самоконтроль, контроль з боку служби (комісії) з контролю якості, інспекційний, одно-та багатоступінчастий контроль;
- за рівнями контролю: з боку вищого керівництва, з боку безпосереднього керівника, з боку споживача послуги (громадськості);
- властивостями і показниками якості: контроль відповідності встановленим ключовим характеристикам, контроль за витратами на якість, контроль за результатами надання.

В цілому, класифікація видів контролю якості дозволяє упорядкувати та обґрунтувати вибір методів та засобів контролю якості, забезпечити належне

сприйняття отриманих результатів та підвищити ефективність прийнятих заходів (організаційного, технологічного, методологічного, дизайнерського характеру) щодо усунення виявлених невідповідностей та порушень.

В контексті викладеного, варто зазначити, що контроль якості у сфері послуг має певні відмінності від контролю якості продукції. Це пов'язано з особливістю оцінювання якості процесу надання послуг та специфічністю критеріїв якості самої послуги, які різняться за видом, характером і специфікою призначення. Сьогодні сфера послуг включає такі її групи: соціально-культурні (освіта, охорона здоров'я, відпочинок, задоволення інтелектуальних потреб); матеріально-побутові (пошиття одягу, ремонт техніки, взуття, годинників, меблів, послуги з прання тощо); рекреаційно-туристичні та послуги готельного бізнесу; виробничі (інжиніринг, лізинг, ремонт обладнання), розподільчі (торгівля, транспорт, зв'язок), професійні (банківські, страхові, консультаційні, інформаційні), громадські (телебачення, культура), державні (управлінські, адміністративні, муніципальні).

Як зазначає Попович Т.М. [38], «якість послуг залежить від сукупності дій всіх суб'єктів, залучених до процесу виробництва та надання основних та додаткових послуг. Основні характеристики якості послуг лежать в сфері якості як самої послуги, так і якості її надання (якості обслуговування)». Типова структура показників якості послуг наведена на рис. 1.3.

Показники якості можна об'єднати у відповідні групи, що характеризують: призначення послуги, їх естетичність, економічну або соціальну ефективність, комфортність надання, надійність, ексклюзивність, персоналізація, індивідуальність, безпеку.

Показники призначення, зокрема, описують «ступінь відповідності запропонованої послуги очікуванням споживачів. Естетичні показники характеризують цінність послуги і включають такі компоненти, як: гармонійність, цілісність, рівень професійної майстерності персоналу, відповідність соціальним очікуванням. Вони носять переважно суб'єктивний характер, але є важливими з точки зору конкурентних переваг».



Рис. 1.3. Взаємозв'язок показників якості послуг

Примітка. Наведено за [38]

Економічні характеристики послуги проявляються у трудомісткості їх виробництва та надання, собівартості і рентабельності, затратності, унікальності матеріалів, що використовуються. Ці показники відображають ефективність внутрішніх процесів діяльності організації та характеризують мотивацію її діяльності.

Показники надійності лежать в «площині формування репутації організації на ринку послуг, оскільки визначаються критерієм повної відповідності параметрів послуги, які обумовлені договором. Відповідно, оцінка показників надійності може виражатися поняттями "високий", "середній" або ж "низький" рівні обслуговування. Персоналізація послуги дозволяє враховувати індивідуальні вимоги споживачів. Ексклюзивність характерна для сегменту дорогих або особливих послуг, які не вписуються в

рамки стандартних пропозицій. Показники безпеки об'єднують властивості послуги щодо безпечних умов її надання та оцінюються переважно за шкалою: висока безпека, середня безпека, безпечна зона та зона ризику» [38].

Процес надання послуги теж має свої особливості і критерії якості. Серед них науковці виділяють:

« доступність (послугу легко отримати в зручному місці, в зручний час, без зайвого очікування її надання);

комунікабельність (означає, що послуга надається в довірливій атмосфері і відповідає встановленим критеріям якості);

компетентність (обслуговуючий персонал володіє необхідними навичками і знаннями;

ввічливість (персонал є привітним, турботливим та відноситься до споживача з повагою);

довіра (організація та її працівник мають високий рівень репутації, прагнуть задовольнити будь-які запити клієнтів);

чуйність (працівники є чуйними і творчо підходять до вирішення проблем та задоволення запитів клієнтів);

розуміння потреби клієнта (персонал намагається якомога краще зрозуміти потреби клієнта та бути уважними);

облаштованість приміщення в якому надають послугу, його комфортність та зручність;

вчасність надання» [38].

Суть та зміст контролю якості послуги не може бути розкритими без врахування особливостей сфери діяльності, де вона надається. Оскільки об'єктом нашого дослідження є медична практика, то визначимося зі специфікою надання, оцінювання та контролю якості надання медичної послуги.

За своїм змістом, медична послуга є видом «професійної або господарської діяльності закладу охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною юридичною практикою, що включає застосування

спеціальних заходів стосовно здоров'я (результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності»[16].

В науковій думці існують різні підходи до визначення медичної послуги. Як зазначається в [16], за своїм змістом, медична послуга є видом «професійної або господарської діяльності закладу охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців, які займаються приватною юридичною практикою, що включає застосування спеціальних заходів стосовно здоров'я (результатом яких є поліпшення загального стану, функціонування окремих органів або систем організму людини) чи спрямованих на досягнення певних естетичних змін зовнішності».

В інших літературних джерелах, медична послуга трактується як діяльності, «що спрямована на досягнення такого результату, корисні властивості якого здатні задовольнити потреби особи у відновленні і (або) підтриманні її здоров'я, безпосередньо в процесі надання послуги» [29].

Ще одним баченням сутності медичної послуги є її віднесення до одного із різновидів послуг, «сферою застосування якої є ті суспільні відносини, в яких громадяни для задоволення своїх особливих визначуваних потреб, як правило, за станом здоров'я, одержують особливу споживну вартість у вигляді спеціалізованої медичної діяльності медичної організації або окремого фахівця в області медицини» [29].

Офіційне трактування поняття медичної послуги надано у Законі України [44] під якою розуміється «послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. При цьому замовником і, відповідно, платником послуги є не тільки пацієнт, а й держава (через Національну службу здоров'я України), відповідні органи місцевого самоврядування, інші юридичні та фізичні особи».

Медичній послугі, як виду діяльності, притаманні певні ознаки, особливості та властивості її надання. Серед основних властивостей таких послуг можна назвати такі: вона є невідчутною і не може бути збережена; послугу не можна відокремити від джерела надання; вона є непостійною за якістю і сприйняттям якості; не має товарної форми і виражених споживчих властивостей; неможливість гарантування очікуваного результату.

Особливостями медичної послуги є те, що вона надається лише на підставі укладеного договору, її надання здійснюється професійними медичними працівниками, які мають відповідну ліцензію (дозвіл), послуга має визначену вартість.

На думку авторів [2], серед характерних ознак медичної послуги можна виділити такі: задовольняє потребу в медичній допомозі; не прогнозованість потреби в ній; протяжність медичної допомоги в часі; індивідуальність, несталість та суб'єктивна оцінка якості; комплексність медичної послуги; вплив на здоров'я пацієнта; публічний характер та надання усім особам, що звертаються за їх отриманням; не підлягає повній стандартизації; підвищені вимоги з боку держави до якості і до суб'єкта надання. Зміст базових ознак надання медичної послуги проілюстровано на рис. 1.4.

В умовах реформування сфери охорони здоров'я забезпечення високої якості медичної допомоги та належних кінцевих результатів роботи окремих лікарів, структурних підрозділів та медичних загалом є пріоритетним завданням. Значущість цих процесів впливає з того, що за статистичними даними в Європі «кожна людина щорічно 5–10 разів звертається до лікарів, кожен 5-й житель лікується у стаціонарі, кожен 4–9-й житель користується послугами швидкої допомоги. Тобто від здоров'я населення залежить політичний стан і соціальний настрій у будь-якій державі» [29].

Актуальність питань якості надання медичних послуг тісно пов'язана, також, з тією ситуацією, що факти документально підтвердженої низької якості медичної допомоги та наявності помилок в медичній практиці є присутніми у всіх країнах світу.



Рис. 1.4. Базові ознаки медичної послуги
Примітка. Наведено за [2]

Як зазначається в [29], «через недостатню якість і помилки у США щорічно помирає 44–98 тис. пацієнтів, у Європі в арбітражні суди щороку подається 10 тис. скарг, 52% з яких становлять скарги на лікарські помилки, щорічно страждають 15 млн. осіб. У країнах ЄС кожен 10-й випадок лікування наносить шкоду пацієнтам. Для більшості країн поліпшення якості медичного обслуговування є одним з основних завдань у процесі вдосконалення систем

охорони здоров'я». Для порівняння зазначимо, що Україна має один із найгірших показників серед систем охорони здоров'я європейських країн, і знаходиться на другому місці за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка збільшилась на 12,7% за останні 20 років, тоді як у ЄС цей показник знизився на 6,7%. До того ж, одну чверть від загальної смертності складає смертність серед працездатного населення (а для чоловіків це третина всіх смертей) [14]. Зазначене вимагає посилення уваги до кінцевих результатів медичної практики як на рівні національних урядів, так і в глобальних системах, передусім Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Відомо, що категорія якості тісно пов'язується зі станом здоров'я людини, оскільки вказує на пріоритетність потреби в наданні якісної медичної допомоги. Якість такої допомоги науковці вважають неоднозначним, багатоаспектним і комплексним поняттям, що складається з окремих компонентів. Такий підхід обумовлений тим, що вимоги до характеристик якості медичної послуги висувуються різними зацікавленими сторонами, зокрема: суспільством в цілому, пацієнтами, медичними працівниками, постачальниками ресурсів, органами влади. З точки зору вимог, що пред'являються до якості медичної допомоги її споживачами, медперсоналом та інвесторами, цікавими є дослідження американських вчених групи Medical Group Clinical Practice Improvement Process [65]. За їх визначенням пріоритетними характеристиками якості надання медичної послуги є:

з боку пацієнтів – зацікавленість, ввічливість медичного персоналу; пом'якшення симптомів захворювання; функціональне поліпшення здоров'я;

з боку медичного персоналу – відповідність наданої медичної допомоги сучасному технічному оснащенню, свобода дій в інтересах пацієнта;

з боку інвесторів - ефективне використання наявних фондів охорони здоров'я, відповідне використання медичних ресурсів, максимальний внесок у зниження непрацездатності.

Потреби різних зацікавлених сторін обумовлюють існування багатьох визначень поняття якості медичних послуг. Серед найбільш обґрунтованих та інституційно закріплених трактувань можемо назвати наступні.

За визначенням ВООЗ, якісне медичне обслуговування – це «обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня» [7].

На думку провідного фахівця в сфері менеджменту охорони здоров'я Донабедіана [67], якість медичної допомоги є сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявними потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології. Вчений, зокрема, виділяє такі основні характеристики якості медичної допомоги:

результативність (effectiveness) – як зовнішня ефективність, яка вимірюється досягнення цілей закладу охорони здоров'я. Виміряти її можна відношенням досягнутого результату до максимально можливого, який ґрунтується на використанні досягнень науки і техніки в сфері медицини та суміжних наук;

ефективність (efficiency) – як економічність, що характеризує раціональне використання ресурсів і відображає прагнення домогтися зменшення вартості медичної допомоги без зниження її результативності;

оптимальність (adequacy) – як оптимальність співвідношення витрат на охорону здоров'я та отриманих результатів щодо поліпшення здоров'я;

прийнятність (acceptability) – як відповідність наданої медичної допомоги очікуванням, побажанням та потребам пацієнтів;

законність (legitimacy) – як відповідність законодавчо встановленим соціальним нормам, що виражаються в етичних принципах та правилах;

справедливість та неупередженість (equity) – як відповідність принципам обґрунтованості і доступності медичної допомоги та надання законних пільг населенню.

З точки зору експертів Світового банку, важливими характеристиками якості медичної допомоги є : «оперативність її надання, застосування технологій лікування, заснованих на принципах доказової медицини, і ефективність». Зазначене передбачає:

формування відповідного рівня інфраструктури систем охорони здоров'я,

оснащення закладів охорони здоров'я необхідними сучасними матеріалами та висококваліфікованим персоналом,

використання медпрацівниками сучасних медичних знань і технологій для здійснення медичної практики,

застосування особливих психологічних підходів у спілкуванні лікаря та пацієнта,

забезпечення результативності лікування [42].

Загалом, якісна медична послуга, за своїм змістом, має забезпечувати відповідну потребам здоров'я громадян, ступінь досягнення конкретних критеріїв якості та результатів лікування, через найбільш економне, раціональне, тобто ефективне використання ресурсів надавачами медичної допомоги. Зарубіжні дослідники та міжнародні експерти вказують на чотири основні критерії, що характеризують якість медичної допомоги: 1) ефективна та сучасна медична допомога; 2) ефективне використання ресурсів; 3) задоволення потреб споживачів медичних послуг; 4) результативність лікування [54].

Варто відзначити, що кінцевим результатом медичного обслуговування, що відповідає критеріям якості, є виздоровлення пацієнта, відновлення нормального функціонального стану організму, зменшення болі і страждання, зниження смертності і захворюваності населення.

Як підсумок, варто зауважити, що на розв'язання проблем підвищення якості медичних послуг спрямовані політика і стратегія ВООЗ. Зокрема, зважаючи на нові виклики та загрози країни Європейського регіону у ВООЗ були розроблені та прийняті Основи європейської політики «Здоров'я-2020», як стратегічної платформи, заснованої на цінностях здоров'я нації, орієнтованої на

конкретні дії, з можливістю адаптації до конкретних реалій. Концептуальною метою політики ВООЗ є забезпечення безперервного покращення якості надання медичних послуг та підвищення їх ефективності в національних економічних системах. Вихідними джерелами, на основі яких розроблялася політика, стали «Загальна декларація прав людини», прийнята ГА ООН (1966) та «Хартія прав людини», в яких проголошено право «кожної людини на життя, свободу, безпеку, якісне і доступне медичне обслуговування» [7]. Відповідно до прийнятих документів, увага урядів країн в основному сконцентрована на виробленні нових підходів до управління якістю у сфері охорони здоров'я через впровадження доказової медицини, стандартизації медичних послуг та процесу їх надання, впровадження новітніх організаційних та медичних технологій, контролю якості тощо).

1.2. Складові системи контролю якості послуг та базові принципи її організації

Одним із компонентів системи управління якістю в сфері охорони здоров'я є контроль якості медичної послуги та якості медичної допомоги в конкретному закладі.

В системі охорони здоров'я контроль якості медичних послуг регламентується Законом України «Про основи охорони України про охорону здоров'я», а також низкою наказів Міністерства охорони здоров'я «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги», «Про управління якістю медичної допомоги», «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування», затвердженим Порядком контролю та управління якістю медичної допомоги, Положенням про клініко-експертні комісії, Організаційною моделлю управління та контролю якості тощо.

Основною метою контролю якості медичної допомоги є дотримання права пацієнтів на отримання медичної допомоги в необхідному обсязі і належної якості шляхом раціонального і ефективного використання

фінансових, матеріально-технічних та кадрових охорони здоров'я, впровадження досконалих медичних технологій і практик. Така мета контролю досягається шляхом встановлення рівня відповідності визначених критеріїв (характеристик) якості медичної допомоги прийнятим вимогам.

Серед основних завдань контролю якості медичної допомоги є забезпечення дотримання законодавства, нормативно-правових актів, медико-технологічних документів та регламентів медичної діяльності, а також, вимог і очікувань громадян. Відповідно у рамках реалізації контрольної функції виконуються такі стандартні процедури:

- збирання даних про фактичний рівень якості наданої медичної допомоги на основі його моніторингу за визначеними критеріями;
- порівняння отриманих даних зі встановленими вимогами, які містяться у медичних стандартах, протоколах, інструкціях;
- виявлення відхилень (помилки, невідповідностей, дефектів) та їх оцінку;
- аналізування причин відхилень та чинників, що їх обумовили;
- вироблення комплексу коригувальних дій та їх використання при розробленні і прийнятті управлінських рішень щодо поліпшення якості медичної допомоги.

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

Діюча система контролю якості надання медичної допомоги в межах конкретного закладу охорони здоров'я з урахуванням її внутрішнього і зовнішнього аспектів та суб'єктності контролювання включає 5 рівнів :

I рівень – самоконтроль лікаря і медсестер;

II рівень - контроль з боку завідувачів структурних підрозділів як професіоналів так і управлінців середньої ланки, що безпосередньо працюють з персоналом і пацієнтами;

III рівень – рівень заступника медичного директора з медичного обслуговування та уповноваженого з контролю якості. Розглядаються результати щоквартального контролю якості медичної допомоги на засіданнях лікувально-консультативної комісії та медичних радах закладу охорони здоров'я згідно з планом їх роботи;

IV рівень – контроль здійснюється медичною радою, яка оцінює якість роботи усіх підрозділів ЗОЗ щомісячно

V рівень – експертиза якості міськими і обласними комісіями, які щомісячно оцінюють якість роботи закладу в цілому.

Відповідно до чинних нормативно-правових актів в сфері охорони здоров'я [50], внутрішній контроль якості здійснюється шляхом само оцінювання відповідності наданої медичної допомоги державним вимогам, вимогам медичних стандартів і клінічних протоколів лікарями шляхом самоконтролю, контролю з боку керівництва закладу, контролю медичними радами в межах повноважень, визначених законодавством. Окрім того, такий контроль включає контроль за «рівнем кваліфікації медперсоналу та інших спеціалістів з медичною освітою і професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я; моніторинг реалізації управлінських рішень; моніторинг дотримання структурними підрозділами закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів; моніторинг системи індикаторів якості медичної допомоги; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги».

Зовнішній контроль якості медичної послуги (допомоги) проводиться державними інституціями в межах встановлених законодавством повноважень, шляхом проведення планових та позапланових перевірок. Такий контроль переважно стосується дотримання закладом охорони здоров'я ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, експертної оцінки відповідності критеріям державної акредитації, атестації медичних працівників, проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги. Основними напрямками зовнішнього контролю є:

- «експертиза процесу надання медичної допомоги хворим;
- клінічний аудит;
- стан матеріально-технічного забезпечення;
- організація надання медичної допомоги та вибір найбільш раціональних управлінських рішень;
- контроль за реалізацією управлінських рішень;
- дотримання кваліфікаційних вимог;
- вивчення задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою;
- забезпечення прав та безпеки пацієнтів».

Об'єктами контролю в системі надання медичних послуг відповідно до нормативно-правових актів визначені: рівень кваліфікації медичних працівників; організація надання медичної допомоги; критерії якості медичної допомоги; процес виконання прийнятих управлінських рішень; права і безпека пацієнтів; виявлені дефекти (помилки) медичної допомоги.

Серед основних задекларованих методів контролю якості, що пропонуються використовувати у закладах охорони здоров'я, доцільно виділити такі: експертиза, самооцінювання, соціологічні опитування, проведення клінічного аудиту, оцінка дотримання вимог медико-технологічних документів, моніторинг індикаторів якості медичної допомоги.

В узагальненому виді систему контролю за якістю надання медичної допомоги наведено на рис. 1.5.



Рис. 1.5. Система контролю якості надання медичних послуг

Примітка. Узагальнено на основі [50]

Контроль якості медичної допомоги має охоплювати всі складові її надання, зокрема: структуру, організацію; процес та результати медичної допомоги; процес реалізації управлінських рішень щодо підвищення якості; відповідність навичок медичного персоналу кваліфікаційним вимогам, в т. ч. керівників закладу; дотримання та забезпечення прав і безпеки пацієнтів в процесі надання медичної допомоги.

В медичній практиці в обов'язковому порядку підлягають контролю:

- летальні випадки (смерть пацієнта);
- випадки ускладнень після медичного втручання;
- випадки повторної госпіталізації з причин аналогічного захворювання впродовж року;
- випадки захворювань з необхідністю подовження чи прискорення термінів лікування;

- випадки розбіжностей встановлених діагнозів лікарями діагнозів;
- випадки недотримання установлених медичних стандартів, клінічних протоколів, табелів матеріального і технічного оснащення медичного закладу;
- випадки, що супроводжуються скаргами пацієнтів, їхніми родичами або особами, які доглядають за ними.

Одним із важливих об'єктів контролю за якістю в медичній практиці є дотримання встановлених критеріїв (параметрів) якості медичної допомоги (послуги). Такі критерії є синтезом двох рівнів – обов'язкового і бажаного. Обов'язковий критерій вказує на цільове призначення медичної допомоги, а саме, рівень, нижче якого медична допомога не може надаватися споживачу послуги. Бажаний рівень якості - це рівень, який обґрунтований результатами найкращої медичної практики та очікується споживачами, але через об'єктивні причини не може бути досягнутий в даний період, проте може практикуватися в окремих закладах охорони здоров'я. Бажаний рівень показує такий рівень якості медичної послуги, до якого необхідно прагнути і досягати, оскільки це дозволить підвищити якість медичної допомоги [33].

Рівень медичної допомоги, який повинен бути досягнутий для встановленого конкретного критерію якості, може визначатися такими параметрами як: мінімальний; ідеальний; оптимальний, і вимірюватися у відсотках.

У науковій медичній практиці та експертних оцінках часто використовуються такі визначення, як належна і неналежна якість медичної допомоги. Зокрема, з найбільш поширених визначень, під належною якістю медичної допомоги розуміють відповідність сучасним уявленням про її необхідний рівень і обсяг при певному типі патології з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та можливостей конкретного медичного закладу та лікаря щодо надання такої допомоги. Неналежна якість медичної допомоги виникає при неможливості отримати певний рівень такої допомоги в достатньому обсязі для усунення патології з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і можливостей спеціалізованого медичного закладу [56].

Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для вирішення проблеми вимірювання якості медичної допомоги пропонує враховувати чотири її елементи [7]:

- 1) кваліфікацію медичного працівника ;
- 2) оптимальність використання ресурсів медицини;
- 3) наявний ризик для пацієнта;
- 4) рівень задоволеності пацієнта від його взаємодії з закладом охорони здоров'я.

Зміст і характер критеріїв оцінки належного рівня якості надання медичної допомоги наведено на рис. 1.6.

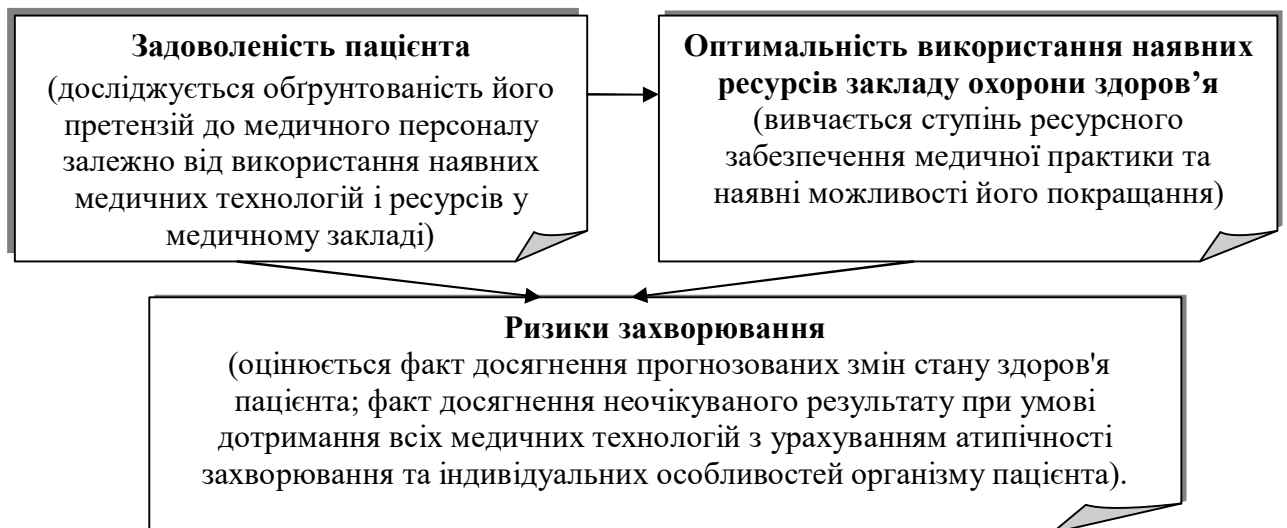


Рис. 1.6. Критерії вимірювання належного рівня якості надання медичної допомоги

Примітка. Наведено за [56]

В практичній діяльності вітчизняних закладів охорони здоров'я якість надання медичної допомоги найчастіше оцінюється за такими критеріями: доступність медичної допомоги; її економічність та ефективність; наступність; науково-технічний рівень; рівень дотримання технологічності медичної допомоги; рівень якості диспансеризації пацієнта; рівень якості діагностування; рівень якості лікувального процесу; рівень якості обстеження, профілактики та реабілітації; ступінь задоволення пацієнтів якістю отриманої медичної допомоги.

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

Іншим напрямом експертизи в закладі охорони здоров'я є створення незалежної експертної комісії, діяльність якої зорієнтована на :

а) незалежне альтернативне з'ясування обставин та особливостей перебігу захворювання, причин настання смерті, недоліків надання медичної допомоги хворим, які померли;

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

в) проведення цільової експертизи і рецензування історій хвороб пацієнтів, які лікувалися в закладі охорони здоров'я.

Робота незалежної експертної комісії підпорядковано безпосередньо заступнику медичного директора що здійснює свою діяльність на III рівні контролю якості. Засідання незалежної експертної комісії проводяться один раз в квартал.

В межах самоконтролю якості, який здійснюється безпосередніми надавачами медичної допомоги (лікарями, іншим медичним персоналом відповідно до покладених на них повноважень і відповідальності з метою забезпечення якості, зазначеними у посадових інструкціях), аналізується ступінь дотримання вимог/рекомендацій діючих регламентів (наказів,

розпоряджень, інструкцій, нормативів, локальних медико-технологічних документів тощо) і порівнюються отримані фактичні, проміжні і кінцеві результати власної діяльності зі встановленими нормативами у режимі реального часу. У випадку виявлення відхилень надавачем медичної допомоги вносяться відповідні корективи у процес лікування, а за необхідності – до вироблення коригувальних заходів долучається керівник структурного підрозділу.

Оперативний контроль якості надання медичних послуг здійснюється заступником керівником закладу охорони здоров'я, на основі «аналізу узагальнених даних голів експертних комісій, що діють у закладі (лікарсько-контрольної, інфекційного контролю, гемотрансфузійної, летальної та інш.). Експертному комісійному контролю підлягають випадки дефектів, невідповідностей, відхилень у наданні медичної допомоги за переліком, встановленим нормативними документами». Як вхідні дані для здійснення оперативного контролю якості можуть використовуватися результати адміністративних обходів, безпосереднього спілкування з пацієнтами та їх представниками, прийняті рішення медичної ради з актуальних питань якості медичної допомоги [32].

Сутнісною основою задекларованого в «Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р.» клінічного аудиту, як одного із механізмів контролю якості надання медичної допомоги, є його спрямованість «на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня» [18]. Варто зазначити, що процес аудиту прямо пов'язується з оцінкою якості наданої медичної допомоги у відповідності до встановлених у медичному стандарті критеріїв.

На основі висновків перевірки і ретроспективної оцінки елементів структури, процесу та результату лікування визначаються необхідні для

підвищення якості зміни та вдосконалення на індивідуальному, колективному або організаційному рівнях та проводиться подальший моніторинг для підтвердження покращення надання медичної допомоги.

Основними завданнями клінічного аудиту є:

усесторонній і перехресний аналіз документації з метою відтворення картини перебігу процесу;

порівняння даних з еталонними і регулятивними правилами (вимогами);

оцінка невідповідностей і розроблення шляхів їх усунення

Як і будь-яка діяльність, клінічний аудит побудований на загальноприйнятих принципах його проведення, зокрема:

1) розпочинається в межах конкретного закладу охорони здоров'я;

2) для проведення використовуються наявні (фактичні) дані;

3) носить конфіденційний характер;

4) результати клінічного аудиту не передбачають покарання та обвинувачення працівника. Навпаки, висновки клінічного аудиту є підставою для перегляду медичними працівниками власної ролі у забезпеченні якості медичного обслуговування, дозволяють звіряти власну роботу з узгодженими стандартами, побудованими на доказових фактах.

В сукупності з іншими видами контролю клінічний аудит можна розглядати як додатковий інформаційний ресурс вищого керівництва, що сприятиме підвищенню прозорості діяльності та поінформованості керівника з усіх питань, що стосуються якості.

Підсумовуючи вищевикладене, можемо зробити висновок, що комплексне застосування всіх випробуваних практикою надання медичних послуг механізмів контролю є запорукою забезпечення ефективності контрольних заходів, спрямованих на задоволення потреб в якісній медичній допомозі всіх зацікавлених сторін: громадян, пацієнтів, медичного персоналу, інвесторів, страхових компаній, органів влади.

Висновки до розділу 1

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

Процес контролю якості включає об'єкти контролю, методи контролю, виконавців контролю, а також документацію на проведення контролю. Під методом контролю розуміють правила застосування певних принципів і засобів контролю. Метод контролю включає: технологію проведення контролю, контрольні ознаки, засоби контролю і точність контролю.

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

- 1) розробка та впровадження відповідних стандартів діяльності і критеріїв якості послуг;
- 2) вимірювання фактичних показників якості і порівняння їх з прийнятими в стандартах і встановлених критеріях;
- 3) розробка та впровадження необхідних коригувальних дій, якщо досягнуті результати суттєво відрізняються від встановлених стандартів.

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

- а) кваліфікації лікаря і його здатності упереджувати та знижувати ризик прогресування, наявного у пацієнта, захворювання, та виникнення нового патологічного процесу;
- б) здатності забезпечувати обґрунтовані потреби та очікування пацієнта в рівні якості медичного обслуговування;
- в) оптимальному використанні ресурсів закладу охорони здоров'я .

РОЗДІЛ 2

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ПОСЛУГ В ДОСЛІДЖУВАНІЙ ОРГАНІЗАЦІЇ

2.1. Аналіз процедур організації та технологій проведення контролю якості послуг в закладі охорони здоров'я

Питання організації контролю за якістю надання медичних послуг розглянемо на прикладі роботи ФОП «Сімейний лікар» м. Шумська. Свою роботу ФОП розпочав у 2019 році, після запровадження державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги.

Правовою базою роботи ФОП «Сімейний лікар» є Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про ліцензування видів господарської діяльності», Постанова КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», інші нормативно-розпорядчі акти в питаннях організації і надання медичних послуг. На сьогодні ФОП «Сімейний лікар» м. Шумськ здійснює діяльність на основі витягу ЄДВ та наданої ліцензії впровадження господарської діяльності з надання медичних послуг (медичної допомоги).

Зокрема, відповідно до наказу МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» до впровадження медичної практики ФОП висувається низка вимог щодо організації її здійснення, рівня кваліфікації, матеріально-технічного забезпечення надання медичних послуг (рис. 2.1). Загалом ліцензійні умови встановлюють «організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначають вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики» [20].

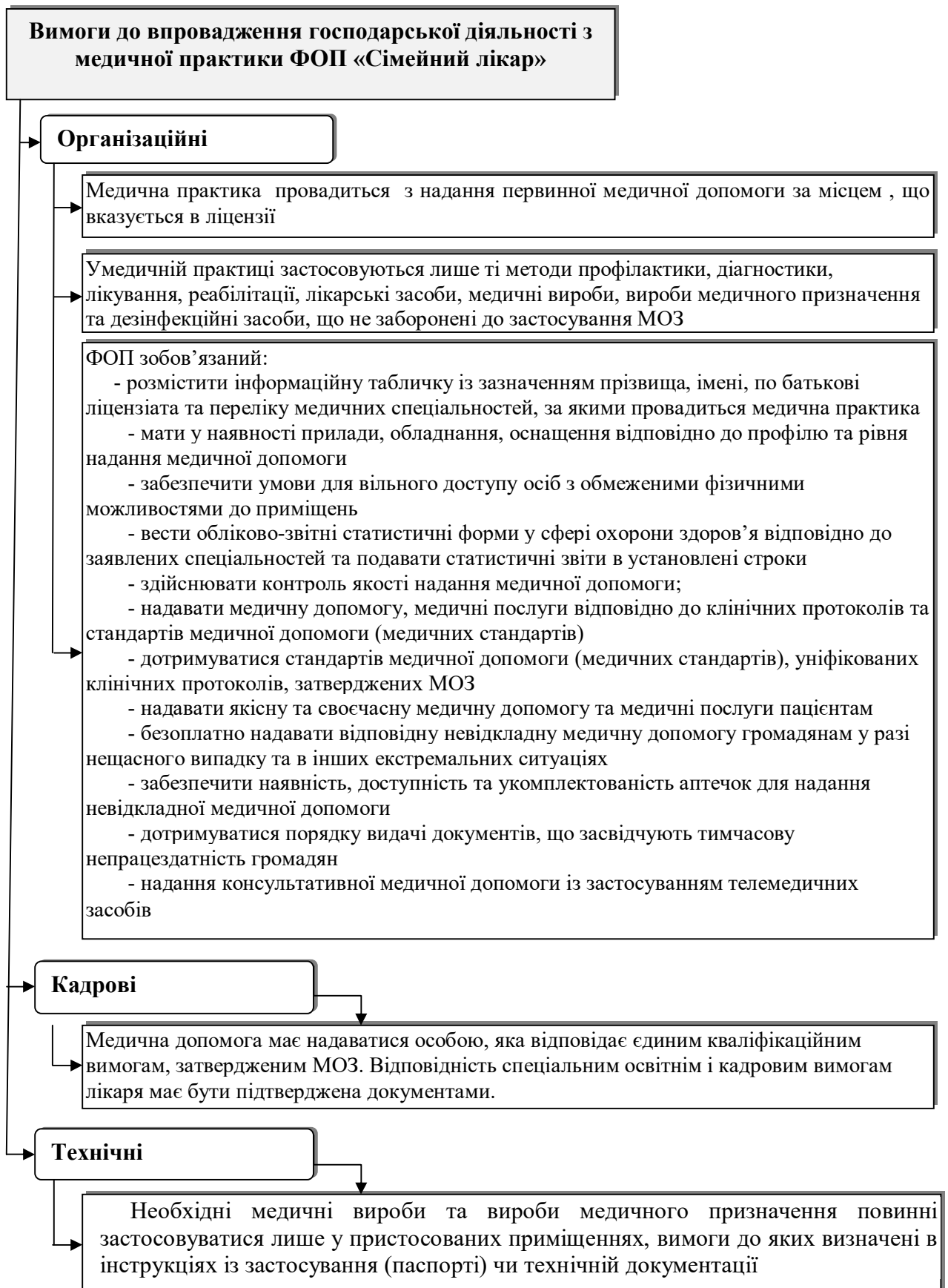


Рис. 2.1. Система вимог до впровадження медичної практики ФОП «Сімейний лікар»

Примітка. Складено автором за [20]

Важливо відзначити, що в організаційному аспекті від суб'єкта господарювання за місцем провадження медичної практики, вимагається розміщувати в доступному для споживача місці: 1) копію ліцензії; 2) інформацію про спеціальності найманих фахівців та наявність кваліфікаційної категорії; 3) перелік медичних послуг із зазначенням їх вартості відповідно до заявлених спеціальностей і видів медичної допомоги.

Основними видами медичної допомоги, яка надається ФОП відповідно до наявної ліцензії є повна первинна та вакцинація. Відповідно до нормативних актів до компетенції сімейного лікаря, який надає первинну медицину належать:

спостереження за станом здоров'я осіб, які підписали декларацію з лікарем на отримання медичної допомоги;

встановлення діагнозів та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів;

видача, у разі необхідності, направлень до фахівців вторинної або третинної допомоги, зокрема: лора, ендокринолога, хірурга тощо;

спостереження за здоров'ям дітей;

видача довідок, листків непрацездатності, направлення для проходження медико-соціальної експертизи тощо.

Серед інших видів робіт, в медичну практику може входити: а) «надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам із розладами фізичного чи психічного здоров'я, які сталися під час прийому у лікаря і які не потребують надання екстреної, більш спеціалізованої медичної допомоги; б) проведення обов'язкових заходів щодо виявлення індивідуального ризику виникнення неінфекційних та інфекційних захворювань, оцінювання загального серцево-судинного ризику, індексу маси тіла, окружності талії тощо; в) проведення окремих лабораторних досліджень, що не вимагають спеціальних знань і обладнання; г) проведення профілактичних втручань, спрямованих на зниження частоти інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень, підготовка та

відправлення повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення та медичні препарати, а також проведення епідеміологічних досліджень при поодиноких випадках інфекційних хвороб; д) надання консультативної допомоги населенню з основних засад здорового способу життя, наслідків для здоров'я нездорового способу життя та важливості здійснення заходів з відмови від куріння та зловживання алкоголем, підвищення фізичної активності та здорове харчування» [49].

В узагальненому виді, перелік медичних послуг, що надаються на первинному рівні, в т.ч. сімейними лікарями, встановлених чинним законодавством [33;45] наведені на рис. 2.2.

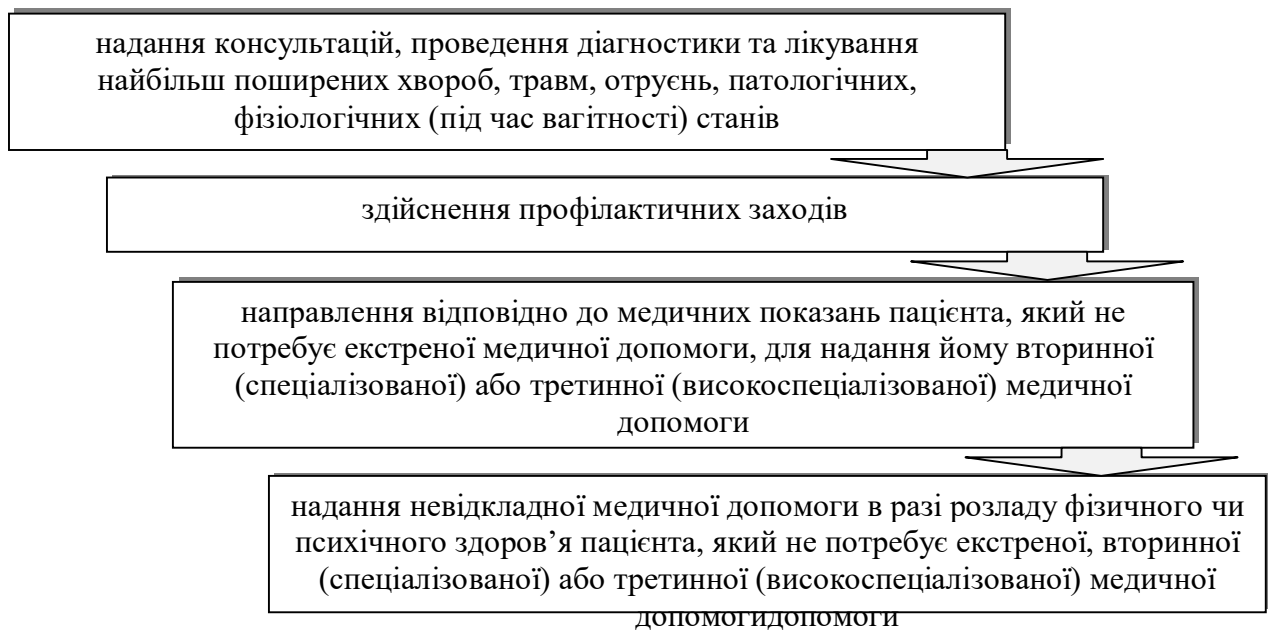


Рис. 2.2. Види медичної допомоги, що практикуються в ФОП «Сімейний лікар»

Примітка. Складено автором за [45]

Однією з специфічних вимог провадження медичної практики та підставою надання медичної послуги є наявність декларацій про вибір лікаря та укладені відповідні угоди. Чинним законодавством передбачається встановлення оптимального обсягу медичної практики для сімейного лікаря, який становить 1800 пацієнтів, для терапевта -2000, педіатра - 900.

Станом на 01.05.2020р. ФОП «Сімейний лікар» загальна кількість пацієнтів, що обслуговується, складає 2665 осіб. Така кількість укладених декларацій пояснюється тим, що в кабінеті загальної практики-сімейної медицини ФОП медичну допомогу надають 2 лікаря.

Аналіз віковою структури громадян, що обслуговуються ФОП, засвідчив, що найбільш суттєва частка припадає на осіб вікової категорії від 40-64 років - 34,8% (927 осіб); особи від 18-39 років складають 29,8% (796 осіб); від 6-17 років – 15,3% (409 особи). Діти від 0-5 років складають 4,8% (або 127 осіб), а громадяни старші 65 років становлять 15,3% (або 408 осіб). Складені співвідношення за віковою ознакою в процесі обслуговування пацієнтів ФОП в 2020р. проілюстровані на рис. 2.3.

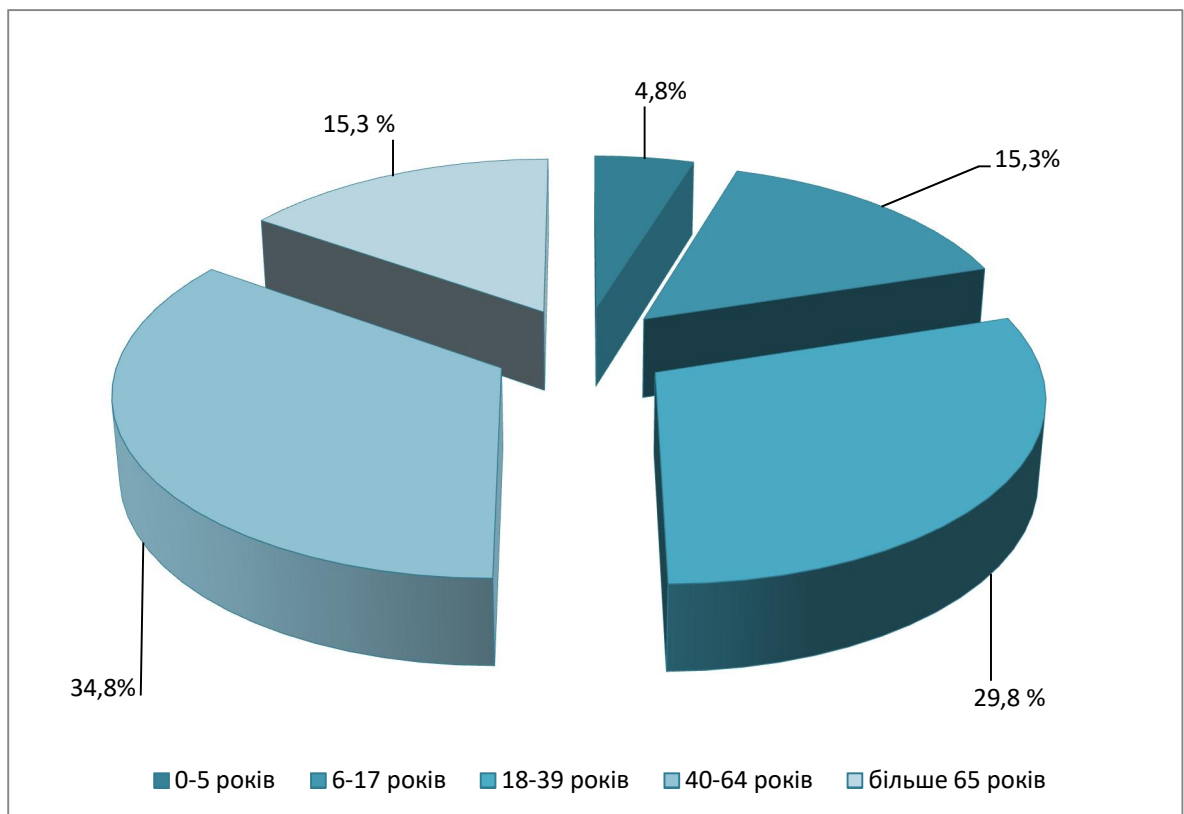


Рис. 2.3. Розподіл громадян за віковою структурою, які підписали декларації і обслуговуються ФОП «Сімейний лікар», частка

Примітка. Складено автором

В розрізі типів захворювань переважають хронічні, які в загальному вимірі становлять близько 60 %. Це громадяни, які звертаються до ФОП за медичною допомогою регулярно, а медична допомога їм надається з метою полегшення життя від хвороби. Відповідно, частка гострих захворювань, з якими громадяни звертаються по допомогу, складає 40%. Варто зауважити, що за 1 квартал 2020 року ФОП було прийнято 1308 пацієнтів, що складає 49,1% від усіх зареєстрованих.

Окрім вищенаведених вимог до впровадження медичної практики, що безпосередньо впливають на якість послуг з первинної медичної допомоги, окремо встановлюються вимоги до організації їх надання, які по-суті є індикаторами якісного медичного обслуговування пацієнтів. Згідно наказу МОЗ України [47], організація надання таких послуг має ґрунтуватися на принципах:

«доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання;

безпеки, що полягає у наданні цих послуг у спосіб, що мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;

результативності, що проявляється у досягненні найкращих результатів через надання послуг з первинної медичної допомоги на основі наукових знань та принципів доказової медицини;

своєчасності;

економічної ефективності, що досягається шляхом надання послуг таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;

недискримінації, що полягає у наданні послуг, якість яких не відрізняється залежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками;

орієнтованості на людину, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким послуги первинної медичної допомоги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря».

Реалізація наведених принципів, орієнтованих на якість, повинна супроводжуватися чітко сформульованими правилами надання послуг первинної медичної допомоги. Серед основних наведемо такі:

надання відповідно до локальних протоколів, що є обов'язковими для усіх надавачів медичних послуг;

надання безпосередньо сімейним лікарем (ФОП) або іншими медичними працівниками, які входять до складу команди, спільно;

кожен випадок надання послуги лікарем або іншим медичним працівником повинен бути відображеним в медичній документації відповідно до Міжнародної класифікації первинної допомоги (ICPC-2-E) та за необхідності – за МКХ відповідного перегляду.

Оскільки в ФОП на даний час не сформована власна модель проведення контролю якості надання медичних послуг, варто звернутися до успішних практики організації такого контролювання аналогічних надавачів послуг, а також досвіду зарубіжних країн. В контексті зазначеного відзначимо, що не зважаючи на певні обмежені можливості запроваджувати прийнятні для такого типу діяльності механізми контролю, актуальність проблеми забезпечення якості надання медичних послуг не повинна відходити на другий план, оскільки саме від їх якості залежить репутація лікаря, його конкурентні можливості на ринку медичних послуг, перспективи розширення масштабів і сегменту послуг, що надаватимуться.

Загалом, як свідчить практика проведення контролю якості, його необхідність обумовлена попередженням виникненню цілого ряду несприятливих подій у процесі надання медичної допомоги, таких як: травма чи випадкова смерть, нещасний випадок з пацієнтом або персоналом чи третіми сторонами; розбіжності в медикаментозному лікуванні (зволікання, неправильна доза, хибне призначення медикаментів; неочікуваний результат

лікування; неочікувані неврологічні розлади (які не були на час звернення пацієнта); внутрішньолікарняні (нозокоміальні) інфекції та/або захворювання; тощо.

По відношенню до ФОП «Сімейний лікар» зовнішній контроль якості надання медичних послуг може здійснюватися на рівні міської клініко-експертної комісії (КЕК), створеної при управліннях охорони здоров'я міської ради. Відповідно до затвердженого положення [34] така комісія є консультативно-дорадчим органом, що діє на постійній або тимчасовій основі, створюється з метою «колегіального розгляду звернень фізичних та юридичних осіб, правоохоронних органів щодо клініко-експертних питань профілактики, діагностики, медичного лікування, реабілітації, оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування за конкретними випадками у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

Серед основних завдань роботи КЕК є здійснення клініко-експертного оцінювання якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування громадян шляхом проведення експертизи первинної облікової медичної документації, «клінічних питань профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, наявності відповідної кваліфікації спеціалістів за напрямом надання медичної допомоги та медичного обслуговування відповідно до вимог клінічних протоколів надання медичної допомоги, нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я». Така оцінка КЕК проводиться у випадках :

«смерті пацієнтів,

розбіжності встановлених діагнозів,

недотримання ЗОЗ або ФОП стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також

оскарження заявника результатів лікування».

За результатами проведення клініко-експертного оцінювання складається відповідний висновок за формою, наведеною в Додатку А.

Обов'язковою вимогою клініко-експертної оцінки є надання рекомендацій та вироблення заходів з усунення виявлених недоліків окремо для МОЗ України, управлінь охорони здоров'я та конкретного закладу охорони чи фізичної особи-підприємця. Такі рекомендації оформляються у виді наведеної нижче таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Форма таблиці заходів з усунення недоліків, виявлених у процесі проведення клініко-експертної оцінки

Виявлені недоліки, помилки, невідповідності, відхилення	Необхідні заходи з усунення недоліків (у тому числі дисциплінарного впливу)			Термін виконання заходів з усунення недоліків
	Міністерство охорони здоров'я України	управління охорони здоров'я	Заклад охорони здоров'я або фізична особа - підприємець	
1.				
2.				
3....				

Примітка. Наведено за [50]

Отже, узагальнюючи проведені аналітичні висновки діючої практики контролю якості надання медичних послуг ФОП «Сімейний лікар», можемо зробити висновок, що він знаходиться на початковому етапі впровадження: є розуміння необхідності проведення, є розроблені методики, порядок та діючі інструкції щодо його організації, визначені критерії і показники контролю якості, водночас існує обмеженість людських ресурсів і остатнього часового фактору для застосування контрольних функцій в практичній діяльності практикуючих лікарів.

2.2. Оцінка результативності системи контролю якості послуг в контексті підвищення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я

В системі управління організацією надання медичної допомоги контрольна функція є важливою складовою і спрямовується на перевірку дотримання вимог медичних стандартів, виявлення відхилень в лікувально-діагностичному процесі, прийняття невідкладних управлінських рішень щодо

усунення причин, які впливають на якість як самого процесу лікування, так і неможливлення виникнення несприятливих ситуацій та дефектів медичної допомоги. Виходячи із практики організації контролю якості медичної допомоги, вона зосереджена в основному на здійсненні експертної оцінки діяльності медичного персоналу та прийняття рішень щодо підвищення якості на основі фактів; вимірювання рівня задоволеності пацієнтів повнотою та якістю медичної допомоги; аналізуванню з боку керівництва за дотриманням критеріїв якості медичної допомоги.

Таке управління передбачає реалізацію низки завдань з організації раціональної системи контролю якості надання медичної допомоги. У цьому контексті об'єктами контролю в закладі охорони здоров'я є :

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

Організація контролю за якістю надання медичної допомоги та діагностично-лікувальним процесом традиційно здійснюється за такими формами:

1. Щоденний контроль якості діагностичного та лікувального процесу за даними історій хвороби, що проводяться керівництвом закладу.
2. Постійний контроль за якістю лікувального процесу з боку середньої ланки керівництва.
3. Метод безпосереднього контролю за роботою лікарів.

4. Експертна оцінки якості лікувального процесу.
5. Опитування пацієнтів рівнем задоволеності якістю меддопомоги.
6. Клініко- економічний аналіз

В рамках проведення клініко-економічного аналізу оцінюється економічна ефективність використання ресурсів. До сучасних методів клініко-економічного аналізу відносять:

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

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

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

На думку експертів та фахівців з оцінювання ресурсних можливостей закладу охорони здоров'я [21;32;55:62] надавати якісні послуги, «оцінка вартості «типової практики» дозволяє визначити усі витрати, пов'язані з веденням хворих з певною нозологічною формою і в подальшому оптимізувати планування ресурсів.

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

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

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

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

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

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

До технічних засобів, що використовують для виконання завдань контролю якості, відносять: комп'ютерну техніку, програмне забезпечення для

збору і автоматизованої обробки даних, відеообладнання, канцелярське знаряддя.

Для створення повноцінної системи контролю якості медичних послуг в Україні варто насамперед узагальнити досвід країн ЄС і адаптувати найкращу практику.

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

Для сучасних моделей охорони здоров'я, сформованих у багатьох країнах світу, притаманними є наявність п'яти механізмів, що забезпечують якість надання медичної допомоги. Як описується в [55], ними є: «обов'язкове ліцензування медичної діяльності, акредитація та сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними), стандартизація (зазвичай у національних стандартах і клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв — обов'язкові та бажані), безпосередній контроль якості, що включає внутрішній та зовнішній аудит».

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

Якщо ліцензування гарантує пацієнтові мінімальні стандарти його безпеки та дозволяє мінімізувати ризики для здоров'я, то акредитація медичної організації спрямовується на забезпечення безперервного підвищення якості медичної послуги та націлена на досягнення оптимальних стандартів якості. Національні органи з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджують досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом. Такими органами у Великій Британії є United Kingdom Accreditation Forum (UKAF) - волонтерська мережа організацій NHS, підзвітна уряду; у Франції - HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна

публічна наукова організація); у США – Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization (ЖСАНО; національна некомерційна організація)[55].

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

Механізм стандартизації передбачає розроблення комплексу медико-технологічних документів, що використовуються в медичній практиці, зокрема: клінічних настанов (рекомендацій), медичних стандартів та протоколів надання медичної допомоги. Такі документи розробляються виключно на засадах доказової медицини, за певною клінічною темою (діагнозом, синдромом), а над їх створенням працюють мультидисциплінарні робочі групи за участі фахівців усіх суміжних спеціальностей. За висновками [55], «рівень медичної допомоги, що забезпечується державою, в Уніфікованому клінічному протоколі медичної допомоги є «обов'язковим» критерієм (це можливості країни «на сьогодні»), і протокол слугує його досягненню. Якщо ж ці критерії не збігаються з ідеальним (найкращим) рівнем, зазначеним у клінічних настановах, останні визнаються в уніфікованих протоколах «бажаними», і завдання МОЗ - зробити все, аби якнайшвидше їх досягнути. Тобто уніфіковані клінічні протоколи не позбавляють українських лікарів можливості найкращої практики. «Бажані» критерії вимагають від МОЗ та уряду забезпечити галузь сучасними методами лікування. Локальні протоколи, які розробляють безпосередньо заклади (із часовою шкалою й переліком медичних втручань, визначенням виконавців), включають індикатори якості».

Дієвим механізмом контролю якості в медичній практиці вважається клінічний аудит, який може здійснюватися у формах внутрішнього і зовнішнього аудиту. Вперше він був запроваджений у Великій Британії, а на даний період часу застосовується в практиках медичної діяльності багатьох країн світу. Зовнішній клінічний аудит провадять відповідні національні

інституції, а внутрішній – здійснюється командою лікарів медичного закладу, найчастіше у вигляді самоконтролю, оскільки вони зацікавлені в належній якості медичної допомоги, у т.ч. фінансово. Зокрема, у Великій Британії участь всіх практикуючих лікарів у клінічному аудиті є обов'язковою.

Завданням проведення клінічного аудиту є порівняння наявної клінічної практики з успішною (передовою) в контексті удосконалення протоколу лікування та підвищення якісних характеристик наданої медичної послуги. Аудит може включати оцінку процесу надання медичної допомоги та/або її результату (відповідно до теми й завдань). Така оцінка здійснюється за відповідними критеріями, які демонструють, що потрібно зробити, щоб досягти кращих результатів лікування, аби відповідати найкращій практиці.

Особливе місце в системі організації контролю якості в сфері охорони здоров'я на всіх рівнях має оцінка рівня задоволеності споживача якістю наданої медичної послуги. Найпоширенішим способом вимірювання та моніторингу задоволеності споживача є їх опитування шляхом анкетування. За результатами опитування, такий рівень рекомендується розраховувати за формулою [9]:

$$R = I \times B,$$

де, R – розрахунковий рівень задоволеності споживачів медичної послуги;

I - середнє значення виконання критеріїв або факторів задоволеності, включених в анкету або опитувальний лист споживача,

B – середнє значення важливості (або ступеня відповідності очікуванням) для споживача тих самих критеріїв.

Для проведення оцінки рівня задоволеності якістю медичних послуг, що надається ФОП «Сімейний лікар» нами була розроблена спеціальна анкета, повний зміст якої наведений в додатку Б. Опитування здійснювалося серед пацієнтів, які приходили на прийом до сімейного лікаря. Загальна кількість опитаних склала 32 особи, з яких 5 – осіб віком 30-35 років, 10 осіб віком від 40 до 60 років, і 17 осіб – люди старшого віку, понад 65 років.

Питання анкети включали найбільш важливі (ключові) аспекти надання послуг, які безпосередньо формують думку про якість і безпеку медичної допомоги. Зокрема респондентам пропонувалося дати відповіді на питання:

Впродовж якого часу, після звернення, ви були прийняті сімейним лікарем?

Чи була Вам надана медична допомога в повному обсязі?

Чи отримали Ви достатню інформацію про Ваше захворювання, лікування та профілактику

Чи забезпечується Ваше лікування необхідними медикаментами та медзасобами?

Чи задоволені Ви роботою лікаря та медичного персоналу ?

Що у роботі медичного персоналу найчастіше викликає Ваше невдоволення ?

Чи задоволені Ви якістю наданої медичної допомоги?

За результатами опитування можна зробити наступні висновки. Основною характеристикою якості медичної послуги, яку отримували опитувані, вважають її результативність (70%), вчасність послуги (64%); уважне ставлення медперсоналу та репутація лікаря уважне ставлення (56%); економічна доступність послуги (32%); безпека медичного втручання (34%); повнота надання (25%). Узагальнені результати опитування за показником розуміння якості надання медичної послуги наведені на рис. 2.4.

На питання впродовж якого часу були прийняті пацієнти сімейним лікарем після звернення за допомогою, 72 % відповіли, що відразу після такого звернення; 10% - впродовж години, 8 % - впродовж дня, а 5% - на наступний день. Як відзначалося, проблема з відстроченням надання допомоги не була критичною і передбачала проведення відповідних консультацій з фахівцями.

Всі респонденти отримували медичну допомогу в повному обсязі, Незадоволених повнотою надання не було. Такі ж результати були отримані щодо відповіді про достатність інформації, що надавалася пацієнту про його захворювання, алгоритм лікування та профілактичні дії.



Рис. 2.4. Сприйняття респондентами поняття якості надання медичної допомоги ФОП «Сімейний лікар», %

Примітка. Складено автором

Щодо забезпеченості медикаментами в процесі лікування хвороби, з якою пацієнти зверталися до лікаря, то відповіддю було « в основному так» - 86%, а 14% - відповіли, що «скоріше ні».

До роботи сімейного лікаря в процесі надання медичної допомоги не було висловлено жодної претензії або ж скарги і практично всі опитані цілком задоволені якістю наданих послуг. Розподіл відповідей щодо задоволеності пацієнтів роботою лікарів -ФОП проілюстровані на рис 2.5.

Варто зазначити, що існують деякі відмінності в сприйнятті якості надання медичної допомоги за віковою ознакою. Більш молоді люди (до 40 років) у своїх відповідях є більш категоричними і претензійними аніж люди старшого віку, які більше уваги звертають на уважне ставлення до себе, турботу, комунікацію з лікарем. Вартим уваги є той факт, що практично не було висловлено зауважень щодо байдужості, неважності або ж грубості зі сторони сімейних лікарів, відсутніми до часу опитування були і конфліктні ситуації та несприйняття поставлених діагнозів та процесу лікування.

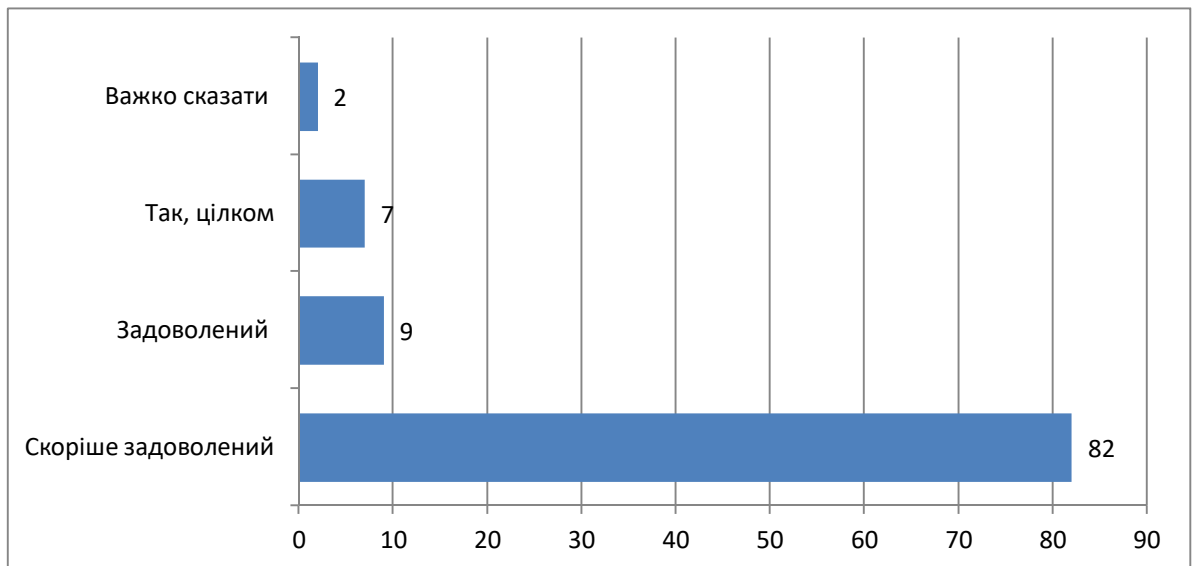


Рис. 2.5. рівень задоволеності якістю надання медичної допомоги ФОП «Сімейний лікар», %

Примітка. Складено автором

Отже, оцінка якості медичної допомоги повинна бути максимально об'єктивною і достовірною, інакше її проведення буде недоцільним, оскільки не дасть інформації про наявні проблеми і можливості та не дозволить поліпшити її якість.

Висновки до розділу 2

Аналіз практики організації контролю за якістю надання медичних послуг здійснювався на прикладі роботи ФОП «Сімейний лікар» м. Шумська. Свою діяльність ФОП розпочав у 2019 році, після запровадження державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги. На сьогодні ФОП «Сімейний лікар» м. Шумськ здійснює діяльність на основі витягу ЄДВ та наданої ліцензії впровадження господарської діяльності з надання медичних послуг (медичної допомоги).

Основними видами медичної допомоги, яка надається ФОП відповідно до наявної ліцензії є повна первинна та вакцинація. Станом на 01.05.2020р. ФОП «Сімейний лікар» загальна кількість пацієнтів, що обслуговується, складає 2665 осіб. Така кількість укладених декларацій пояснюється тим, що в кабінеті

загальної практики-сімейної медицини ФОП медичну допомогу надають 2 лікаря.

В розрізі типів захворювань переважають хронічні, які в загальному вимірі становлять близько 60 %. Це громадяни, які звертаються до ФОП за медичною допомогою регулярно, а медична допомога їм надається з метою полегшення життя від хвороби. Відповідно, частка гострих захворювань, з якими громадяни звертаються по допомогу, складає 40%. Варто зауважити, що за 1 квартал 2020 року ФОП було прийнято 1308 пацієнтів, що складає 49,1% від усіх зареєстрованих.

У своїй діяльності щодо забезпечення якості медичних послуг ФОП послуговується принципами: доступності; безпечності, результативності, своєчасності; економічної ефективності, недискримінації.

На даний в роботі ФОП не сформована цілісна модель проведення контролю якості надання медичних послуг в силу як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ПОСЛУГ ЯК УМОВИ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ДОСЛІДЖУВАНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ

Необхідність удосконалення системи контролю якості надання медичних послуг актуалізується в умовах проведення медичної реформи, концептом якої є формування ринку медичних послуг, де успішність діяльності кожного закладу чи практикуючого лікаря буде визначатися їх конкурентними перевагами. Це вимагає розроблення сучасних підходів до організації контролю якості медичної допомоги, яка б задовольняла потреби населення, була доступною та надавалася в повному обсязі.

Зважаючи на проведені в попередніх розділах роботи теоретичні дослідження механізмів контролювання якості медичних послуг та діючу практику їх використання в діяльності закладів охорони здоров'я, а також рекомендації вчених щодо організації такого контролю, вважаємо, що в приватній медичній практиці сімейних лікарів-ФОП найбільш прийнятними для застосування є такі методи контролю :

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

постійний моніторинг дотримання індикаторів якості медичних послуг та процесу їх надання

впровадження елементів зворотного зв'язку з пацієнтами з метою виявлення рівня задоволеності споживачів медичної послуги.

Варто відзначити, що медична практика сімейного лікаря підлягає також і зовнішньому контролюванню щодо забезпечення якості і відповідності нормам медико-технологічних документів, передусім, з боку міських /обласних КЕК відповідно до їх повноважень, встановлених чинним законодавством.

Самоконтроль якості надання медичної послуги здійснюється безпосередньо її надавачем - лікарем(сімейним лікарем-ФОП), спеціалістами з

медичною освітою – відповідно до покладених на них повноважень і відповідальності щодо забезпечення якості медичної допомоги.

Як зазначалося, принцип самоконтролю базується на постійному дотриманні встановлених медичними стандартами вимог та порівнянні фактично отриманих результатів власної медичної діяльності по відношенню до встановлених нормативів.

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

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

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

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

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

своєчасне встановлення клінічного діагнозу для пацієнта;

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

внесення (при необхідності) корекцій у процес лікування;

належне оформлення виписних документів за змістом і формою;

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

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

ведення медичної документації відповідно встановленим вимогам.

Пропонована логіка організації та проведення самооцінювання процесу надання медичної послуги сімейним лікарем-ФОП наведено на рис. 3.1.



Рис. 3.1.Рекомендовані види діяльності з надання медичних послуг лікаря в процесі здійснення самоконтролю якості

Примітка. Складено автором

Організаційні аспекти проведення контролю якості надання медичної послуги передбачає досягнення його мети шляхом реалізації відповідних функцій суб'єктами контролю з використанням методів і технічних засобів контролювання на основі визначених критеріїв.

До функцій самоконтролю, що здійснюється сімейним лікарем, можемо віднести:

оцінку відповідності критеріїв надання медичної послуги встановленим вимогам;

аналіз отриманих даних та інформації про наявність несприятливих подій і ситуацій в процесі надання послуги (отримання травми чи випадкова смерть пацієнта; наявність розбіжностей в медикаментозному лікуванні, хибне

призначення медикаментів; неочікуваний результат лікування чи процедури тощо);

координаційно-консультативну діяльність в напрямі покращення якості як самої послуги, так і процесу її надання, медичного обслуговування;

прогнозування наслідків профілактично-лікувальних заходів та упередження негативних результатів.

В систему критеріїв якості, які підлягають контролюванню, аналізу і моніторингу в процесі здійснення медичної практики сімейним лікарем-ФОП, варто включити такі: орієнтованість на пацієнта; результативність, безпека, ефективність, доступність, своєчасність. Їх зміст представлений в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Рекомендовані критерії для самооцінки якості надання медичної допомоги відповідно до її компонентів

Компоненти якості	Критерії для їх оцінки
1. Спрямованість на пацієнта	1.1. Дотримання права пацієнта згідно з чинним законодавством. 1.2. Дотримання етичних та деонтологічних норм медичної практики. 1.3. Проведення регулярних і опитувань з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта.
2. Результативність	2.1. Зміна клінічного стану у відповідності до очікуваної при даному захворюванні. 2.2. Надання медичної допомоги відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. 2.3. Позитивна динаміка показників зниження рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян в порівнянні з попереднім періодом діяльності. 2.4. Регулярність оцінювання задоволеності пацієнта результатом медичної допомоги та медичного обслуговування.
3. Безпека	3.1. Надання медичної допомоги відповідно до норм локальних медико-технологічних документів. 3.2. Дотримання стандартів ліцензування за відповідними профілю діяльності.
4. Доступність	4.1. Укомплектованість посад медичних і немедичних працівників відповідно до нормативів. 4.2. Наявність сучасного медичного обладнання та виробів медичного призначення за таблицями оснащення. 4.3. Встановлення та дотримання порядку взаємодії із профільними закладами охорони здоров'я, іншими медичними і немедичними установами з питань організації надання медичної допомоги пацієнтам / населенню
5. Економічна ефективність	5.1. Достатність обсягу і видів ресурсів для задоволення потреб цільових груп населення у медичній допомозі відповідно до вимог локальних медико-технологічних документів. 5.2. Відповідність тривалості лікувально-діагностичного процесу та його окремих складових за нозологіями діючим нормативам.

6. Своєчасність	6.1. Дотримання тривалості очікування надання медичної допомоги з рекомендованими нормативами: - планової консультації спеціаліста; - планової госпіталізації; - результатів лабораторних, функціональних, інших діагностичних досліджень. 6.2. Наявність порядку прийому лікаря
------------------------	--

Примітка. Узагальнено автором за [32]

На думку фахівців [32], вищенаведені критерії якості, що беруться до уваги, доцільно пов'язати з «ключовими точками» процесу надання медичної допомоги, а саме:

критерії, пов'язані з «входом» процесу,
 діяльністю в межах процесу і
 результати «виходу» з процесу.

Так, на «вході» розташовуються критерії, «пов'язані зі своєчасністю, доступністю, а також наступністю (безперервністю) надання медичної допомоги». Такі критерії допоможуть встановити відповідність і достатність обсягу інформації про пацієнта, що надійшла з попередніх етапів (рівнів) медичної допомоги.

Критеріями контролю власне самого процесу мають бути ті, що спрямовуються безпосередньо на пацієнта в частині «дотримання правових і етичних норм, вимог локальних медико-технологічних документів (на основі клінічних індикаторів якості), раціональності призначень хворому лікарських препаратів, функціональних і лабораторних досліджень».

До переліку критеріїв контролю якості на «виході» процесу варто включити: клінічну результативність (зміну клінічного стану); відсутність (або динаміку) зниження рівня дефектів унаслідок медичних втручання та скарг громадян; рівень задоволеності пацієнта отриманою медичною допомогою; економічну ефективність використання ресурсів під час лікувально-діагностичного процесу.

Збір даних за відповідними критеріями, для оцінювання якості медичної допомоги, необхідно здійснювати на основі використання форм первинної

медичної документації, анкет соціологічних опитувань пацієнтів, відеозаписи, якщо вони ведуться, дані результатів безпосереднього спостереження за клінічним станом хворих, огляду хворих перед випискою тощо. Отримані дані мають піддаватися статистичній обробці шляхом підрахунку кількості випадків, відповідних нормативам (еталонним показникам), та представляти їх у відсотках від загального числа випадків, що оцінюються

Результати оцінки якості лікувально-діагностичного процесу варто узагальнити за запропонованою фахівцями [32] картою, форма якої наводиться в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Карта оцінки якості лікувально-діагностичного процесу

Діагноз: _____

Термін, за який проводиться оцінка _____ 202_ р.

№ з/п	Вимоги положень стандартів, протоколів, інших нормативних документів до складових лікувально-діагностичного процесу (обґрунтованість консультації /госпіталізації, обстеження на попередніх етапах і рівнях медичної допомоги, лікувальні процедури, діагностичні, профілактичні, реабілітаційні заходи, обстеження перед випискою, ведення медичних документів, ресурсне забезпечення, тривалість лікування, наявність дефектів і т.д.)	Загальна кількість перевірених (абс.)	Кількість перевірених в яких є записи про виконання заходів відповідно до положень нормативного документу (абс.)	Індикатор якості (%) <hr/> Дані гр. 4: дані гр. 3 × 100%
1	2	3	4	5

Наведено за [32]

Особливу увагу в процесі проведення контролю якості варто приділяти несприятливим подіям, що трапляються під час лікувально-діагностичного процесу, з негайним наданням, в разі потреби, медичної допомоги пацієнту, повідомленням про них профільним закладам та реєстрацією в первинній медичній документації.

Самоконтроль повинен торкатися також і ресурсного компоненту якості, спрямованого на підтримку лікувально-діагностичного процесу:

безперервного професійного самонавчання,

дотримання правил лікувально-охоронного та санітарно-протиепідемічного режиму;

дотримання правил збереження і раціонального використання медичного обладнання, засобів зв'язку, інших матеріально-технічних ресурсів;

виконання правил внутрішнього трудового розпорядку;

дотримання правил охорони праці і техніки безпеки.

Моніторинг якості є систематичним процесом збору інформації щодо результативності медичної діяльності та рівня задоволеності споживачів якістю послуг, що надаються. Такий моніторинг може проводитися періодично або бути постійним, стосуватися конкретних внутрішніх проблемних питань надання медичної допомоги або ж мати зовнішній характер і спрямовуватися на виявлення очікувань і вимог споживачів послуг щодо їх якості. Об'єктивною перешкодою забезпечення ефективності зовнішнього моніторингу якості медичних послуг, за висновками фахівців [59;30;11] на сьогодні, є відсутність об'єктивної інформації про тип послуг, що надаються іншими учасниками ринку, загальні обсяги потреб та споживання таких послуг, рівня задоволеності їх якістю тощо.

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

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

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

причин виникнення несприятливих результатів медичного втручання (медичної допомоги),

раціонального використання ресурсів в процесі надання послуги;

рівня задоволеності пацієнтів та обґрунтованих скарг пацієнтів;

вивченні думки пацієнтів про якість медичних послуг.

Впровадження зворотного зв'язку від пацієнтів є одним із дієвих інструментів покращення якості надання медичних послуг на первинному рівні.

Національною службою охорони здоров'я України (НСЗУ) пропонується впровадження спеціальних чек-листів в управління відгуками пацієнтів (patient feedback)[68]. Зокрема, такий чек-лист включає:

1) алгоритм опитування: усвідомлення чіткої мети, відповідної цільової аудиторії, наявних ресурсів, найоптимальніших методів та каналів проведення, способу оцінки отриманих результатів та подальшого плану дій;

2) методи отримання patient feedback. Опитування варто проводити на постійній основі, щоб відстежувати результати в динаміці та робити відповідні висновки. До використання пропонуються стандартизовані опитувальники, щоб можна було дослідити закономірності, робити узагальнення і порівнювати результати на локальному та національному рівнях. Найбільш оциреними опитувальниками, що використовуються в зарубіжній практиці, є такі:

опитувальник задоволеності консультацією (Consultation Satisfaction Questionnaire, CSQ та SSQ), розроблений Бейкером у 1990 році. Вміщує 18 пунктів (оціночних питань), які представляють кількісну оцінку задоволеності пацієнта від конкретного візиту до конкретного лікаря:

оцінка загальної практики (сімейної медицини) пацієнтами з хронічними хворобами (Chronically Ill Patients Evaluate General Practice, CEP) розроблена Венсінгом із співавторами у 1998 році. Опитувальник складається із 51 пунктів та поєднує і персональну оцінку конкретного лікаря, і організаційні аспекти діяльності закладу;

опитувальник для оцінки загальної практики (General Practice Assessment Questionnaire, стара назва GPAS зараз GPAQ), розроблений спочатку Бостонським інститутом здоров'я та потім удосконалений Кембриджським університетом. Складається з 53-пунктів для оцінки п'яти сфер медичної допомоги;

інструмент EUROPEP (Patient Evaluations of General Practice), розроблений у 1995 міжнародним консорціумом дослідників і лікарів сімейної медицини. Вміщує 23 пункти анкети оцінки в п'яти вимірах медичної допомоги;

опитувальник для удосконалення загальної практики (Improving Practice Questionnaire, IPQ), розроблений у співпраці британськими та австралійськими фахівцями. Містить 27 пунктів анкети і охоплює оцінку навичок лікаря щодо міжособистісної взаємодії (Doctor's Interpersonal Skills Questionnaire) та організаційні аспекти закладу;

оцінка надавача медичних послуг (Provider-Specific Survey, PSS), розроблена Нельсоном (США) у 2004 році. Інструмент містить 34 пункти шкали, що поєднують конкретні оцінки п'яти аспектів медичної допомоги.

Для української аудиторії найбільш адаптованим є опитувальник EUROPER. Серед переваг інструменту EUROPER є те, що він «не прив'язаний до конкретної консультації і дозволяє оцінювати і лікаря, і заклад за останні 12 місяців. Цей опитувальник є стандартизованим інструментом оцінки, переведеним на більшість європейських мов і поширеним у 20 країнах Європи. В деяких країнах він використовується в електронному кабінеті пацієнта. Результати таких стандартизованих опитувань доступні у різних виданнях і їх можна брати для порівняння з опитуваннями, які проводяться серед українських пацієнтів. Кількість останніх буде зростати (наразі формується така база), що дозволить порівнювати діяльність різних закладів первинної допомоги і удосконалювати їх пацієнтоорієнтованість» [68].

3. Вибір інструментів опитування залежить від цільової аудиторії. У підрозділах первинки з переважно дорослим населенням, значний відсоток такої аудиторії становлять старші люди, для яких набагато зручнішими і звичними є паперові анкети. В Європейських країнах розповсюдженою є практика надсилання листів-анкет звичайною поштою. В Данії пацієнти можуть заповнити анкету безпосередньо у приватному онлайн-кабінеті. У Великобританії, окрім стандартних анкетувань, створено окремий сайт, де кожен пацієнт може поділитись власною історією взаємодії з лікарем;

Варто зазначити, що в Україні впровадження зворотного зв'язку тільки починається. Пацієнти до такого механізму спілкування ще не звикли, тому важливо робити опитування анонімним. Втрату анонімності і відповідне

зменшення відвертості респондентів варто враховувати при впровадженні анкетування через онлайн-кабінет пацієнта.

Прикладами організації patient feedback можна назвати такі:

- створення у кабінеті куточка зворотнього зв'язку, роздрукувати опитувальники та встановити спеціальну “поштову скриньку” для заповнених анкет. Обов'язковим є інформування пацієнтів лікарем про можливість залишити свій відгук;
- якщо у кабінеті працює власний call-центр – можна організувати телефонні опитування;
- використання електронних інструментів для проведення опитування - е-мейл пацієнтів, власний сайт.

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

Наступним важливим елементом у впровадженні зворотного зв'язку є обробка отриманих результатів опитування і обов'язкове їх використання в роботі. Адже аналіз думки пацієнтів допоможе виділити сфери, які потребують вдосконалення. Крім того, коли пацієнти відчують, що їх слухають і їх відгук має значення, це покращить їхню залученість до турботи про власне здоров'я. зазначене є реалізацією принципу надання медичної допомоги пацієнтоорієнтованості. Постійний діалог з пацієнтами може забезпечити баланс між їх очікуваннями і реальною взаємодією з лікарем та іншими медпрацівниками

Висновки до розділу 3

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

- 1) своєчасності, об'єктивності та повноти інформації про: динаміку і перебіг лікування пацієнтів; порівняння фактичних результатів з попереднім

періодом; аналітичні оцінки показників результативності та невідповідностей в наданні медичної допомоги, з подальшим прийняттям управлінських рішень;

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

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

4) знання технологічних стандартів роботи середнім медичним персоналом;

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

6) наявності затвердженого порядку контролю якості медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Зважаючи на проведені в попередніх розділах роботи теоретичні дослідження механізмів контролювання якості медичних послуг та діючу практику їх використання в діяльності закладів охорони здоров'я, а також рекомендації вчених щодо організації такого контролю, вважаємо, що в приватній медичній практиці сімейних лікарів-ФОП найбільш прийнятними для застосування є такі методи контролю :

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

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

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

Варто відзначити, що медична практика сімейного лікаря підлягає також і зовнішньому контролюванню щодо забезпечення якості і відповідності нормам медико-технологічних документів, передусім, з боку міських КЕК відповідно до їх повноважень, встановлених чинним законодавством.

Самоконтроль якості надання медичної послуги здійснюється безпосередньо її надавачем - лікарем(сімейним лікарем-ФОП), спеціалістами з медичною освітою – відповідно до покладених на них повноважень і відповідальності щодо забезпечення якості медичної допомоги. Самоконтроль в процесі надання медичних послуг здійснюється на основі встановлених критеріїв її якості, адаптованих для кожного лікаря і медичного працівника, і здійснюється за такими видами робіт і в наступній послідовності:

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

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

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

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

своєчасне встановлення клінічного діагнозу для пацієнта;

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

внесення (при необхідності) корекцій у процес лікування;

належне оформлення виписних документів за змістом і формою;

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

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

ведення медичної документації відповідно встановленим вимогам.

До функцій самоконтролю, що здійснюється сімейним лікарем, можемо віднести: оцінку відповідності критеріїв надання медичної послуги встановленим вимогам; аналіз отриманих даних та інформації про наявність несприятливих подій і ситуацій в процесі надання послуги (отримання травми чи випадкова смерть пацієнта; наявність розбіжностей в медикаментозному лікуванні, хибне призначення медикаментів; неочікуваний результат лікування чи процедури тощо); координаційно-консультативну діяльність в напрямі покращення якості як самої послуги, так і процесу її надання, медичного обслуговування; прогнозування наслідків профілактично-лікувальних заходів та упередження негативних результатів.

Моніторинг якості є систематичним процесом збору інформації щодо результативності медичної діяльності та рівня задоволеності споживачів якістю послуг, що надаються. Такий моніторинг може проводитися періодично або бути постійним, стосуватися конкретних внутрішніх проблемних питань надання медичної допомоги або ж мати зовнішній характер і спрямовуватися на виявлення очікувань і вимог споживачів послуг щодо їх якості. Об'єктивною

перешкодою забезпечення ефективності зовнішнього моніторингу якості медичних послуг, за висновками фахівців [59;30;11] на сьогодні, є відсутність об'єктивної інформації про тип послуг, що надаються іншими учасниками ринку, загальні обсяги потреб та споживання таких послуг, рівня задоволеності їх якістю тощо.

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

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

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

причин виникнення несприятливих результатів медичного втручання (медичної допомоги),

раціонального використання ресурсів в процесі надання послуги;

рівня задоволеності пацієнтів та обґрунтованих скарг пацієнтів;

вивченні думки пацієнтів про якість медичних послуг.

Впровадження зворотного зв'язку від пацієнтів є одним із дієвих інструментів покращення якості надання медичних послуг на первинному рівні. Прикладами організації patient feedback можна назвати такі:

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

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

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

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

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бардаш С.В. Економічний контроль в Україні: системний підхід: монографія . К.: КНТЕУ, 2010. 656 с.
2. Берназ-Лукавецька О. Медичні послуги в Україні. URL: <https://jurist-blog.com.ua/medichni-poslugi.html>
3. Богомаз В.М. Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування . Український медичний часопис . № 1 (51). I/II 2006. С. 104-109
4. Бондар Т. Л. Внутрішній контроль якості продукції та витрат на її забезпечення . *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 4. С. 92-98
5. Внутрішній контроль якості URL: <http://www.auditco.com.ua/internal-quality-control>
6. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Горачук В. В. Самооцінювання як складова підготовки системи управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я до сертифікації на відповідність ДСТУ ISO 9001:2009. *Український медичний часопис*. 2014. № 2. С. 36 - 39.
7. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью URL: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>).
8. Горачук В., Карета О. Досвід проектування та реалізації процесів управління в системі якості медичної допомоги. *Зб. наук. праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика*. К., 2014. Вип. 33. Кн. 1. С. 385- 392
9. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. В.В. Горачук . Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012.
10. Гришин В.В., Кисельов А.А., Кардашев В.Л. Контроль якості подання медичної допомоги у умовах медичного страхування провідних країн світу. М., 2005 р., 62с.

11. Дяченка В. Г., Капітоненко Н.А., Пудовкіна Н.А., Потилицина Л.К. Система контролю за якістю медичної допомоги. *Медичне страхування*. 2006 р., № 1-2 (13-14)
12. Желюк Т.Л. Аудит і оцінювання управлінської діяльності: навч. посібник. Тернопіль. КРОК.2015. 252с
13. Заков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги». *Охорона здоров'я України* . 2007. № 3–4. С. 54–59
14. Звіт ВООЗ та Світового банку щодо ефективності трансформації охорони здоров'я. URL: <https://www.umj.com.ua/article/170478/zvit-vooz-ta-svitovogo-banku-shhodo-efektivnosti-transformatsiyi-ohoroni-zdorov-ya>
15. Калашнік, І.І. Контроль та управління якістю продукції на промислових підприємствах. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2009. № 1. С.53-57
16. Кондратенко Т. Медичні послуги: хто замовляє, той і платить. URL: <https://ibuhgalter.net/material/416/9005>
17. Конти Т. Самооценка в организациях / Т. Конти / Пер. с англ. М.: РИА Стандарты и качество, 2000. 328 с
18. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454
19. Лісовська Л.С. Вплив контролю якості продукції на її конкурентоспроможність. URL: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/9165/1/17.pdf>
20. ЛІЦЕНЗІЙНІ УМОВИ впровадження господарської діяльності з медичної практики. Постанова КМУ від 02.03.2016р. № 285 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF>
21. Лехан В. Зюков О. Застосування принципів доказового менеджменту для прийняття управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги . *Україна. Здоров'я нації*. 2009. № 1- 2. С. 71 - 73

22. Лехан В. М. Вплив запровадження системи менеджменту якості згідно зі стандартами серії ISO на якість медичних втручань у стаціонарі. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 4. С. 78 – 83
23. Лехан В.М., Слабкий. Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/11795>
24. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL:
25. Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL: <https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/751metodyka.pdf>
26. Методичні рекомендації щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.08.2012..№ 637. URL.: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/>
27. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я». К., 2012. 23 с.
28. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.
29. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті. URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>
30. Москаленко В. Ф., Галієнко Л. І., Грузева Т. С. Удосконалення якості медичної допомоги як передумова реалізації права на здоров'я та його охорону. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. Спеціальний випуск*. 2012. С. 75 -77.
31. Монастирський Г.Л., Попович Т.М. Антикризове управління: Навчальний посібник. Тернопіль. КРОК. 2015.179с

32. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації). Київ. 2014. 31с. URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky_zoz.pdf

33. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України зі змінами від 30.03.2020. № 540-IX. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

34. Положення про клініко-експертні комісії. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>

35. Положення про медичну раду закладу охорони здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0287-16#n4>

36. Попова Н.В. Контроль якості та безпеки продукції галузі: Курс лекцій / Попова Н.В.— К.: НУХТ, 2012. — 176 с.

37. Попович Т. Механізм підвищення якості системи управління закладом охорони здоров'я в умовах його автономізації. Зб. доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Тернопіль. ТНЕУ. С.260-263.

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

39. Порядок надання первинної медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 19.03.2018. № 504. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>

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

41. Посібник з управління лікарнею для керівників лікарень. Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 48с. URL: http://www.eushc.com.ua/catalogs/4/54/94/412/book5_manual_for_medical_managers.pdf

42. Приоритеты в областиздравоохранения. Международный банк реконструкции и развития. Всемирный банк. 2006. 232 с.

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

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

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

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

47. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504

48. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування. Наказ МОЗ України від 05.02.2016. № 69. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>

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

50. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012р. №75. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>

51. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 зі змінами від 26.09.2018 № 1752. URL: <https://egolovlikar.mcfrr.ua/npd-doc?npmid=94&npid=46156&anchor=#>

52. Про управління якістю медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>

53. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю: Проект ЄС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні". Представництво Європейської Комісії в Україні.. Київ,2009.44 с

54. Світовий досвід управління якістю. Огляд матеріалів. К., 1999. 127 с.

55. Степаненко А. Контроль якості медичної допомоги в Україні. 2017.
URL: <https://www.vz.kiev.ua/kontrol-yakosti-medychnoyi-dopomogy-v-ukrayini-golyj-korol/>

56. Тітов Г.І. Удосконалення якості медичної допомоги як складова підвищення ефективності діяльності медичних закладів. Запорозж. мед.журнал. 2005. № 6 (33). С. 65-68

57. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. URL:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-s

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

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

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

61. Фейгенбаум А. Контроль якості продукції. К.: Економіка, 1986. 471с.

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

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

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

65. Canevidence-based medicine and clinical quality improvement learn from

eachother? URL: http://qualitysafety.bmj.com/content/20/Suppl_1/i13.full

66. Davies H. (2005) Measuring and reporting the quality of healthcare: issues and evidence from the international research literature. NHS Quality Improvement Scotland 2006: <http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Davies%20Paper.pdf>.

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

68. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals — Volume, Mortality and Utilization (2007) Agency for Health care Research and Quality, Department of Health and Human Services, Version 3.1: http://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf

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

70. Данильчук О. Організація контролю за якістю надання послуг в системі управління конкурентоспроможністю організації. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки . Тернопіль. ТНЕУ, 2020. С.234-236.

ДОДАТКИ