

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ТРЕГУБОВ Юрій Володимирович

**Аудит функціональної діяльності закладу
охорони здоров'я в системі корпоративного
управління. / Audit of the functional activity of the
health care institution in the corporate management
system**

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

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-21
Ю. В. Трегубов

Науковий керівник:
к.е.н., доцент, І. О. Демків

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" ____ " _____ 20 ____ р.

Завідувач кафедри
_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1	5
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АУДИТУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ КОРПОРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ	5
1.1. Суть та об'єктивна необхідність аудиту функціональної діяльності ЗОЗ..	5
1.2. Методичні підходи до проведення ВА в закладі ОЗ	11
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	19
2.1. Аналіз сучасного стану первинної МД в Україні	19
2.2. Оцінка ефективності функціональної діяльності досліджуваного ЗОЗ	29
РОЗДІЛ 3 ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ІНСТРУМЕНТІВ АУДИТУ В ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	38
3.1. Використання інструментів КА для підвищення якості та конкурентоспроможності МП ЗОЗ.....	38
3.2. Формування механізму управління ефективністю функціональної діяльності досліджуваного ЗОЗ	47
ВИСНОВКИ.....	54

ВСТУП

Актуальність теми. Наразі українська система ОЗ стикається з безліччю проблем, пов'язаних з відсутністю достовірних знань медичного персоналу, сучасних діагнозів, методів лікування та клінічних рекомендацій, а також недостатнім матеріальним забезпеченням, у тому числі виявленням недоліків у керівництві медичними закладами. Тому актуальним завданням сьогодні є «підвищення рівня володіння сучасними методами ефективного управління охороною здоров'я, з метою забезпечення її раціональної господарської діяльності, а також ефективного використання матеріальних, фінансових і людських ресурсів» [5]. Зазначене вказує на проблему створення системи моніторингу функціонування українських медичних закладів. Вимірювання продуктивності все частіше здійснюється за допомогою контролю якості.

Аналіз сучасних результатів досліджень та наукових статей. У науковій літературі теоретичні розробки представлені фрагментарно і, тим більше, не обговорюється прикладна сторона організації контролю ЯМП. Тому питанням, пов'язаним з якістю МП та деякими аспектами КК, присвячені роботам науковців, таких як: Гончаров Н.Г., Бойченко Ю.Я., Оранська О.В., Хайруллін І.І., Курилев В.А., Капустіна І.О., Криштопа Б.П., Горачук В.В., Ліхтрович Є.Є. Разом з тим, серед праць вищезазначених науковців немає глибоких досліджень щодо розробки системи моніторингу якості надання МП у сфері лікувального закладу.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є огляд теоретичних положень і розробка практичних рекомендацій щодо аудиту в системі корпоративного управління.

У процесі досягнення даної мети вирішувалися наступні **завдання**:

- визначити суть та об'єктивну необхідність аудиту ФД ЗОЗ;
- окреслити методичні підходи до проведення ВА в закладі ОЗ;
- провести аналіз поточного стану ПМД в Україні;
- здійснити оцінку ефективності ФД досліджуваного ЗОЗ

- обґрунтувати необхідність впровадження засобів КА;
- надати рекомендації щодо формування механізму управління ефективністю ФД досліджуваного ЗОЗ.

Об'єктом дослідження - процес управління функціональною діяльністю ЗОЗ.

Предметом дослідження - теоретичні та прикладні засади системи управління функціональною діяльністю ЗОЗ.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АУДИТУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ КОРПОРАТИВНОГО УПРАВЛІННЯ

1.1. Суть та об'єктивна необхідність аудиту функціональної діяльності ЗОЗ

Головною метою, важливим та обов'язковим елементом діяльності підрозділу ОЗ, є постійне та безперервне покращення ЯМП, що надаються політикою громадського здоров'я.

В останні роки особлива увага приділяється проблемам організації та управління охороною здоров'я. Це пов'язано з процесами інтеграції в системи ОЗ, процесами, які так чи інакше підтримують і покращують здоров'я населення. На національному та міжнародному рівнях тривають процеси з визначення можливостей для змін.

У загальному вигляді організація інспектувань підрозділів ОЗ являє собою «сукупність контрольних дій, що проводяться на організаційному, технологічному і завершальному етапах» [5]. Заходи зосереджені на відповідному поєднанні методів контролю та інструментів для отримання документації та обґрунтованої інформації, яка демонструє, що фінансова звітність ЗОЗ, як правило, не містить суттєвих помилок та неправильної інформації.

Для підрозділів ОЗ необхідний специфічний контроль, який враховує всі особливості діяльності у цій сфері, специфіку взаємодії з органами влади та умови соціального підприємства. Результатом МА є незалежний звіт про виконання стандартів надання допомоги громадянам та надійність наданої допомоги.

Усі характеристики органу нагляду за станом здоров'я ґрунтуються на специфіці діяльності галузі та наявності соціальної та санітарної політики:

- включення в ринкові відносини організацій з різними формами власності.

В результаті економічного реформування системи ОЗ створюються медичні підрозділи з різними формами власності, а традиційні і звичаєві форми контролю стають вкрай неефективними.

- складність нормативно-правових актів, що регулюють діяльність закладів ОЗ, відносно часті зміни в документах, що регламентують їх діяльність. На жаль, потреба в методичних консультаціях та допомозі в обліку, звітності, «контролі за виконанням кошторису витрат, розрахунку доходів і прибутку натомість задовольняється некомпетентними консультаціями, які суттєво блокують розвиток закладів ОЗ» [7];

- «достовірна оцінка бюджетного та фінансового стану підрозділів ОЗ» [5],

- захист закладів ОЗ від незаконних дій з боку податкових органів, пенсійних фондів, банків, фондів нерухомості;

2) необхідність захисту соціальних інтересів громадян. У випадку з медичними закладами контроль майже скасований, що створює умови для відсутності контролю та поблажливості.

При плануванні процесу контролю за діяльністю закладів догляду можна виділити наступні етапи, які взаємопов'язані:

- «створення наукової, методологічної та правової бази, що гарантує розробку достовірної інформації для правового захисту соціальних інтересів працівників» [7];

- створення механізму методичного забезпечення підтримки контролю та організації бухгалтерської, оперативної та статистичної звітності та, що не менш важливо, аудиторської діяльності системи ОЗ. «Моніторинг – це єдиний спосіб організувати ефективний моніторинг та реально оцінити результати діяльності» [7].

- підготовка та створення умов праці експертів-аудиторів у медичних підрозділах;

- уникання неефективних шляхів реформування для цілей системи ОЗ;

- надання методичного матеріалу для нагляду та ВА підрозділів ОЗ.

Розвитку контролю в медичній сфері сприяє ряд пріоритетних факторів. Послаблення контролю за веденням комерційної діяльності в медицині призводить до порушень законодавства. Заклади ОЗ зацікавлені в надійності бюджету та реалістичній оцінці свого фінансового стану.

Проблема санітарного нагляду полягає у відсутності механізмів та експертів для проведення нагляду на справедливому рівні.

Експерти повинні добре розуміти, як застосовувати єдиний протокол аудиту в конкретних сферах і правильно оцінювати якість обслуговування.

«Сьогодні ідея створення незалежного органу з вузькоспеціалізованими органами, що займаються наглядом за станом здоров'я, є надзвичайно важливою, а без неї реформування у цій сфері є надзвичайно складним, якщо не практично неможливим» [7].

«В даний час відсутня процедура акредитації підрозділів ОЗ, що є серйозною проблемою, оскільки акредитація є одним з показників рівня медичних підрозділів і є своєрідною гарантією того, що підрозділ ОЗ виконує всі умови надання МД» [17]. Згідно з чинним законодавством, «акредитація є обов'язковою вимогою для закладів ОЗ» [5].

У разі зміни процедур акредитації та проведення аудиту незалежними професійними установами буде отримана об'єктивна оцінка роботи медичного закладу.

Мета – визначити компетенції кожної профільної організації та підтвердити, що вона відповідає заданим критеріям.

В умовах конкуренції на медичному ринку контроль набуває вирішальне значення для медичних виробів, і тут він знаходить своє відображення в контролі ефективності виробів, а не в засобах контролю і моніторингу. Огляд дозволяє вивчити роботу кожного об'єкта окремо і в цілому простежити за динамікою його розвитку і зробити відповідні висновки про роботу установи.

Ефективність бізнес-операцій значною мірою залежить від достовірності інформації, отриманої за допомогою ВА.

«Роль контролю, особливо ВА, в ринкових умовах зростає, оскільки

використання цього виду механізму фінансового контролю дає можливість вирішити безліч актуальних проблем, пов'язаних з життєдіяльністю підприємства, серед яких, зокрема: аналіз ефективності корпоративного управління; порівнювати витрати з отриманими доходами та розробляти механізми оптимізації діяльності установи» [7].

У зв'язку з реформуванням системи ОЗ, коли закладам ОЗ було надано адміністративну та фінансову автономію шляхом реорганізації та надано статус цілих одиниць економічної діяльності – спільних некомерційних підприємств у сфері ОЗ, питання проведення внутрішніх аудитів стало для них актуальним і тому потребує детального опрацювання.

Слід зазначити, що між внутрішнім і зовнішнім контролем є суттєві відмінності, тому не можна сказати, що вони взаємозамінні.

Отже, ВА - це «автономна діяльність співробітників спеціального відділу компанії, яка здійснюється в даній компанії» [5]. Мета вашого огляду – з'ясувати реальну ситуацію в конкретному медичному закладі. розробка ефективних методів вирішення виявлених проблем. Курс ВК проводить керівник. На відміну від ВА, зовнішній аудит є незалежним і не проводиться на вимогу медичного директора. Установи, а також інвестори, кредитори, органи влади тощо.

На основі вивчення праць вчених автором представлена порівняльна характеристика відмінностей між внутрішнім і зовнішнім контролем, які представлені в таблиці. 1.1.

Згідно з табл. 1.1 можна зробити висновок, що якісно проведений ВА сприяє зниженню витрат компанії і підвищенню її ефективності. У той же час потреба в зовнішньому контролі компанії як і раніше актуальна.

Проаналізовані відмінності вказують на деякі переваги проведення ВА, оскільки: «1) він проводиться на підприємстві за запитом і за вказівкою керівника медичного відділу. і враховувати, наскільки це можливо, специфіку діяльності та мету, з якою вона здійснюється; 2) перевіряє достовірність фінансової звітності компанії та дотримання облікових політик і нормативних актів; 3) Діяльність та послуги компанії перевіряються з точки зору договорів,

правил, правових стандартів, законності, швидкості та ефективності» [7].

Таблиця 1.1.

Порівняльна характеристика внутрішнього та зовнішнього аудитів

Параметри порівняння	Зовнішній аудит	Внутрішній аудит
Замовник	Зовнішні: інвестори, кредитори тощо. Внутрішні: власники	Власники, керівники підрозділів підприємства
Мета	Визначається керівництвом	Підвищення ефективності діяльності підприємства
Об'єкт дослідження	Фінансово-бухгалтерська звітність	Визначається керівництвом
Сутність аудиту	Перевіряє законність операцій і фінансових подій, що можуть вплинути на бюджетну та фінансову звітність підприємства	Оцінює економічну доцільність рішень керівництва задля запобігання проявів та явищ, що можуть перешкодити ефективній діяльності підприємства
Порядок звітування	Перед замовником	Перед керівником
Виконавець аудиту	Аудиторська фірма, аудитор-ФОП	Підрозділ внутрішнього аудиту підприємства
Організація роботи аудитора	Виконання завдань керівника аудиторською фірми чи самостійно намічених	Виконання завдань керівництва

Примітка. Сформовано на основі [10]

Основою для розробки системи внутрішнього фінансового контролю некомерційних державних підприємств є бюджет організації, характеристика фінансово-господарських операцій, чисельність працівників. «ВА, організований за чітким алгоритмом і відповідно до складених планів, дозволяє здійснювати безперервний моніторинг цільового та ефективного використання бюджетних коштів; Це сприяє збалансованій оцінці діяльності компаній на момент проведення моніторингу та допомагає визначити інші шляхи їх покращення» [11].

Бере участь у підготовці відповідних документів ВА та методичних документів, які керують їх підготовкою. Установи можуть використовувати нормативні документи, що регламентують організацію та проведення внутрішніх аудитів. Внутрішній контроль в процесі впровадження виконує певні

функції, які можуть коригуватися відповідно до діяльності конкретної компанії. Зокрема, вона повинна обмежуватися інформацією, нормативно-правовим забезпеченням і наглядом, тобто підготовкою інформації керівництвом для надання їм допомоги в прийнятті рішень, реалізація яких сприяє оптимізації суспільства. Якість проведення ВА оцінюється на основі ефективності планування, організації та проведення аудиту, ступеня виконання рекомендацій та ефективності роботи підрозділу, а також відповідності служби вимогам стандартів ВК та інших нормативно-правових актів, що мають відношення до її діяльності.

На думку автора, ВА спрямований на реалізацію таких характеристик:

- «удосконалення системи корпоративного управління та оптимізація ВК» [5];
- «випадки вчинення кримінальних правопорушень та неефективне використання коштів з бюджету та інших джерел» [5];
- уникнути невдач;
- запобігати розкриттю або розголошенню недостовірної фінансової та бюджетної інформації;
- робити самостійні висновки та рекомендації, які допомагають знизити ризики медичних досліджень. і допомагає з оптимізацією.

Успіх ВА в медицині оцінюються на основі таких показників [10]: кількість запланованих перевірок; важливі рекомендації керівнику щодо оптимізації діяльності компанії; відсоток виконаних рекомендацій; позитивні результати в діяльності Компанії, досягнуті після виконання рекомендацій внутрішнього аудитора; частотність подання заявок на ІАС клієнтами послуг, менеджерами балансових фондів та керуючими компаніями; рівень задоволеності скаргами, що надходять до відділу ВА.

«Начальник відділу ВА, начальник медичного відділу. Установа та аудиторська комісія (за наявності) здійснюють регулярний моніторинг ефективності ВА відповідно до своїх повноважень, визначених у чинному законодавстві» [17].

Це одне з основних завдань ВК. Установа забезпечує своєчасну і

достовірну оцінку фактичного становища провідного партнера і позичальника. незалежна оцінка потенційних ризиків, що виникають у зв'язку з фінансованою діяльністю компанії, що перебуває на балансі; стежити за рівнем відповідності стандартам бухгалтерського обліку та напрямком розвитку компанії; удосконалення різних факторів у своїй роботі; підготовка фінансової та бюджетної звітності; оцінка якості виконавчих рішень за конкретними документами тощо.

Клінічний контроль став невід'ємною частиною управління закладами ОЗ, основною метою якого є вдосконалення медичної практики та впровадження оптимізаційних змін у закладах ОЗ. «Існують суттєві відмінності між клінічними аудитами та процедурами контролю, нагляду та оцінки як способу покращення ОЗ та економіки в цілому» [7].

Клінічна інспекція за кордоном досить складна, що дійсно так, адже суть цього виду інспекції полягає в контролі одного з найважливіших аспектів даного сектора: якості обслуговування. Цей вид аналізу дозволяє знайти вразливості, проаналізувати якість роботи сервісу та покращити його. На жаль, українська система ОЗ відстає від системи ОЗ європейських країн.

«У Великій Британії КА визнаний як механізм забезпечення якості лікування та обслуговування в закладах. Державні програми розробляються на основі інформації, отриманої під час інспектування, навчання та навчальних програм. Всі ці процедури дають можливість оптимізувати використання ресурсів та покращити взаємодію між співробітниками та пацієнтами у відділеннях ОЗ» [27].

Клінічні аудити підтримуються керівниками ОЗ, а персонал добре навчений, має всі шанси на успішне впровадження та розвиток.

1.2. Методичні підходи до проведення ВА в закладі ОЗ

Організаційно-методичний підхід до УЯ в ОЗ включає циклічну оцінку якості МД в закладах ОЗ та функціонування моделі системи УЯ МД (рис. 1.1.).

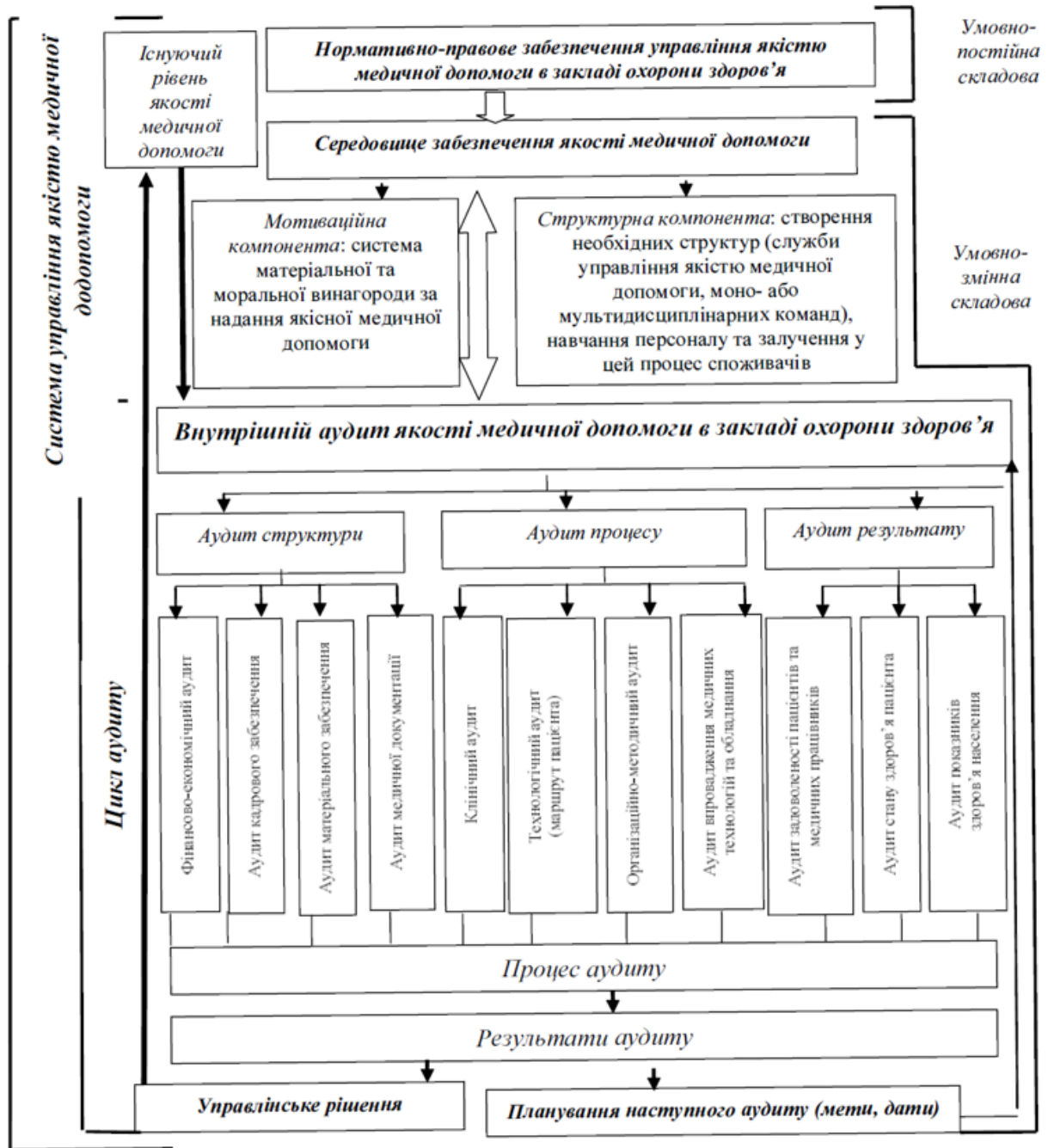


Рис. 1.1. Загальна модель УЯ в галузі ОЗ на основі ВА

Примітка. Створено автором

Базовими елементами моделі є «нормативно-правове забезпечення УЯ МД (довготривала умовна складова); забезпечувати якість надання МД в палаті і в ланцюзі управління (компонент умовної зміни)» [17].

Сучасний рівень надання МД в закладі ОЗ визначає спрямованість змісту ВК якості. У свою чергу, «ефективність циклу ВА залежить від існуючого середовища забезпечення якості в секторі ОЗ» [5]: «мотивуючої та структурної

складових, які змінюються під впливом управлінських рішень, прийнятих за підсумками кожного циклу аудиту; нормативно-правове забезпечення УЯ МД в підрозділі ОЗ» [5] .

На основі ВА ми визначаємо цей організаційний процес системи УЯ в секторі ОЗ в підрозділі ОЗ. По-перше, «стандартизація ОЗ створює нормативно-правову базу для УЯ МД (локальні клінічні протоколи, нормативні акти, архіви, маршрути пацієнтів, внутрішні стандарти технологій, анкети, річні плани тощо)» [15]. Водночас, як нормативно-правова база, заклад ОЗ створює середовище, що сприяє постійному вдосконаленню якості МД, зокрема:

- управління;
- «організація загальних зборів колективу, роз'яснення цілей і принципів концепції постійного поліпшення якості МД (ділова репутація, конфіденційність, використання наявних даних, відсутність санкцій або кримінальних проваджень після аудиту)» [7];
- створення структурного елементу для постійного поліпшення якості надання МД: «необхідних односторонніх або мультидисциплінарних команд, до складу яких можуть входити працівники різних підрозділів лікувального закладу, які користуються медичними послугами за вказівкою головного лікаря; навчання робітників» [5];
- «освіта з мотивуючої складової системи постійного поліпшення якості МД: системи матеріальної та моральної винагороди для забезпечення якісного догляду та участі в роботі мультидисциплінарних команд» [5].

Створення середовища, що сприяє постійному поліпшенню якості МД, що надається в закладі ОЗ, вимагає впровадження заходів щодо зміни ставлення колективу до якості надання МД (обмін думками між адміністративним персоналом і керівниками у формі нарад, семінарів і т. п.; узагальнення традиційних способів роботи): ранкові лекції на робочому місці, клінічні лекції, засідання медичної асоціації, де питання УЯ повинні бути пріоритетними тощо). [11].

«Однією з передумов успішної реалізації політики якості є створення

мотивації у працівників організації ОЗ до ефективного виконання своєї роботи та активної участі в процесах УЯ» [11].

Середовище, сприятливе для постійного поліпшення якості ОЗ, надає можливість для проведення внутрішніх аудитів.

З метою підвищення ефективності практичної реалізації механізму ВК в закладі ОЗ запропоновано класифікувати види ВК за аналітичними та контрольними критеріями. *«Перша група – структурний контроль – включає в себе наступні види: фінансовий контроль, ревізії персоналу, перевірки матеріального забезпечення, перевірки медичної документації»* [7].

Критеріями видів контролю в цій структурі є: фінансово-економічний контроль – «медико-економічні нормативи і розрахунки; контроль персоналу – необхідна кваліфікація, склад і регламентація штату медичного відділення» [7]; контроль допоміжного матеріалу - перелік обладнання в закладі ОЗ, який встановлює мінімальний перелік обладнання, обладнання та інвентарю, необхідних для проведення лікувальних процедур відповідно до стандартів лікування та відповідних клінічних протоколів; Record review – якість записів (складання записів є важливим і хронологічним).

Друга група – «процесні аудити – включає такі види: КА, технологічний аудит, організаційно-методичний контроль, контроль за впровадженням медичних технологій та виробів» [7].

Критеріями видів аудиту процесів є: «КА – локальні клінічні протоколи, які визначають обов’язкові профілактичні, діагностичні та лікувальні заходи на основі доказової медицини» [5]; технологічний контроль – показники локальних клінічних протоколів, результати хронометражу фаз надання допомоги та тривалості періодів між фазами, найкраща якість медичної практики в закладі ОЗ, визначена фахівцями; «організаційно-методичний контроль – організаційне, методичне та нормативне забезпечення діяльності підрозділу ОЗ, дотримання правил виконання, обробки даних, використання інформаційно-комунікаційних технологій, моніторинг впровадження технологій та виробів ОЗ – індикаторів ефективності роботи медичного

підрозділу» [7].

Третя група – «моніторинг результатів – включає такі види: моніторинг задоволеності пацієнта та медичного працівника, моніторинг здоров'я пацієнта, тестування показників громадського здоров'я» [11]. Думки пацієнтів є основою для порівняння при проведенні аудитів задоволеності пацієнтів та медичного персоналу.

Статистичні звіти є критерієм моніторингу показників громадського здоров'я. Огляд статистичних звітів дозволяє порівняти показники та отримати динамічні рекомендації щодо вивчення якості наданої допомоги.

Вибір виду ВА та основи критеріїв визначають особливості його проведення: відбір експертів, що входять до складу робочої групи; кількість первинних записів, необхідних для збору інформації; елементи внутрішнього середовища медичного виробу, які необхідно змінити. Це означає, що ефективність ВК визначається застосуванням існуючої моделі системи УЯ в підрозділі ОЗ.

Внутрішній цикл забезпечення якості в ОЗ складається з п'яти фаз: планування, підготовка аудиту, виконання аудиту, впровадження змін, а також моніторинг і оцінка впроваджень, в кожній з яких використовуються певні інструменти УЯ (рис. 1.2).

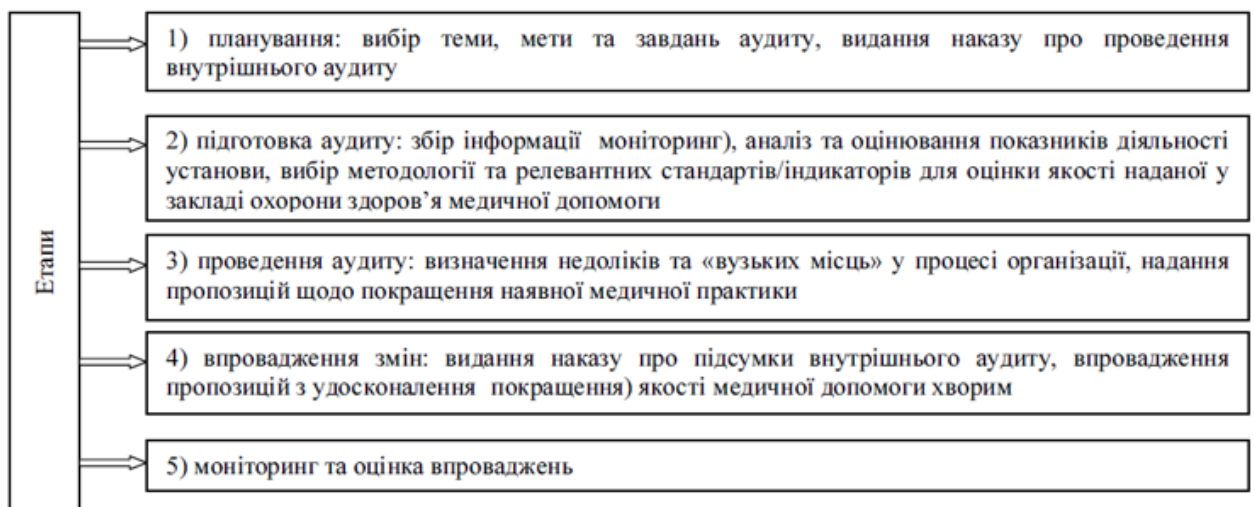


Рис. 1.2. Послідовність ВК

Примітка. Створено автором

«На першому етапі планування ВА ЗОЗ видається доручення на проведення ВА, в якому вказується мета та завдання аудиту» [3].

Тема аудиту є актуальною та локальною і спрямована на вдосконалення клінічних, соціальних, епідеміологічних, профілактичних та інших аспектів функціонування підрозділу ОЗ. Предмет аудиту зазвичай визначає головний лікар, який орієнтується на статистичні дані, результати моніторингу задоволеності пацієнтів, протоколи, дані про аналіз скарг. Наприклад, проблемою може бути збільшення частоти ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу за рік, збільшення середньої кількості днів перебування в стаціонарі у післяопераційних хворих, зменшення кількості звернень до лікаря первинної ланки в дозі пацієнта, збільшення кількості скарг. Також повинні бути визначені цілі та завдання ВА, які повинні відповідати наступним критеріям: бути конкретними (наприклад, зменшувати кількість післяопераційних ускладнень); вказівка цільової групи або дієти, для якої вона призначена (для гіпертоніків); вимірна (час, який пацієнт проводить у відділенні невідкладної допомоги); вкажіть період, в який очікується поліпшення якості МД.

Підготовчий етап аудиту включає в себе: а) вибір методики: аналіз первинної документації, звітів, дотримання процесу лікування локальним протоколам, стандартам, моніторинг сприйняття пацієнта і т.д. б) визначення нормативів і показників якості МД в даній сфері.

Показники можуть бути визначені офіційними протоколами або розроблені самостійно в медичному закладі.

Стандарти можуть включати настанови з клінічної практики, клінічні протоколи з детальними інструкціями щодо виконання конкретної процедури (наприклад, протокол переливання крові), показники найкращої практики тощо.

На етапі аудиту аналізується зібрана інформація, виявляються недоліки. Будуть «розроблені та представлені пропозиції щодо вдосконалення існуючої медичної практики, які будуть закріплені в протоколі засідання міждисциплінарної групи» [25].

Для того, щоб найкращим чином вивчити процес, за яким слід стежити, і

вибрати членів мультидисциплінарної команди, бажано графічно представити основні фази процесу, що підлягає вдосконаленню, показавши всі фази і відносини догляду. Також рекомендується планувати процес в логічному порядку.

На нашу думку, особливу увагу слід приділити контролю тривалості часового інтервалу між фазами та вдосконаленню лікування, оскільки більшість хворих незадоволені організацією надання МД в медичній частині з інтервалами (черги в амбулаторії; очікування початку лікування у відділенні госпіталізації; очікування документації і т.д.).

Дизайн маршруту пацієнта дозволяє чітко визначити професорів-дослідників, які потім можуть бути відряджені до мультидисциплінарної команди для виявлення проблем забезпечення якості в ОЗ. Якщо мова йде про медичну допомогу, то слід зробити наступні кроки: ті, які дублюються (лікар і медсестра мірюють артеріальний тиск і температуру; повторні лабораторні та інструментальні дослідження пацієнтів, які очікують у лікарні); неоднозначність; симптоми припухлості; симптомами непрохідності є ознаки прийому їжі, роботи і т. д.; зайві кроки.

Після збору даних уся задіяна мультидисциплінарна команда аналізує та інтерпретує їх.

На етапі впровадження змін установа зобов'язана оцінити результати ВК та впровадження пропозицій щодо покращення якості ОЗ з певною тривалістю нового аудиту. Тоді відбувається реалізація, вирішуються проблеми, що виникають.

На заключному етапі аудиту проводиться моніторинг та оцінка впроваджень. Це означає, що після того, як заходи були впроваджені, важливо продовжувати моніторинг та збір даних з метою виявлення позитивних чи негативних наслідків систематичного впровадження того чи іншого заходу в закладі ОЗ. На цьому етапі буде проведена остаточна оцінка ефективності ВК та закріплення впроваджених в установі вдосконалень. Для цього потрібно порівняти дані спостережень до і після заходу, подивитися, чи були внесені

заплановані поліпшення, перевірити, чи все було зафіксовано, підвести підсумки і зробити висновки.

За результатами мультидисциплінарна команда має вирішити, чи варто змінювати подію. Визначте, які зміни необхідно внести. Якщо поліпшень немає, оцініть досягнутий результат. Якщо є поліпшення, визначити можливості для поширення і закріплення в практиці медичної частини.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз сучасного стану первинної МД в Україні

Група експертів ВООЗ, яка працює над реформою первинної МСД, провела адміністративний огляд системи ПМСД в Україні до початку війни у лютому 2022 року. Мета оцінки полягала в тому, щоб надати всебічний огляд ситуації в первинній медичній допомозі в Україні, висвітлити основні виклики та запропонувати заходи та рішення для їх вирішення. Цей огляд також сприятиме діалогу з питань постконфліктної відбудови сектору ОЗ. Цей звіт ґрунтується на оцінках і даних і був зібраний у період з 2020 по 2021 рік. Він не відображає наслідків війни в Україні в лютому 2022 року. У цьому звіті викладено результати оцінки та пропозиції щодо прямих дій для розробки моделі реагування на мінну небезпеку з відповідними стратегіями.

Історична еволюція системи ОЗ свідчить, що за останні роки український Уряд зробив багато кроків для реформування системи ОЗ. Згідно з міжнародними даними, було прийнято рішення, що «первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) буде основою системи ОЗ України. Астанинська декларація про первинну медико-санітарну допомогу та Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року підкреслюють, що первинна медико-санітарна допомога є найбільш всеосяжним, ефективним та результативним підходом до надання кращих послуг та захисту здоров'я та благополуччя населення» [56].

Процес реформування розпочався у 2018 році, коли ВООЗ/Європа підтримали зусилля, спрямовані на досягнення загального охоплення послугами ОЗ та доступу до МП для всіх. Оцінка включатиме: оцінку стану первинної МД в Україні на основі узагальнень існуючих політичних документів та звітів, а також аналіз існуючих документів та звітів та огляд

наявних даних; пропонує «рекомендації щодо поступового розвитку прозорих, доступних та сталих послуг первинної МСД для громадян та прозорих, інтегрованих і модернізованих послуг первинної МСД, орієнтованих на людину, спираючись на існуючу модель сучасних викликів» [57].

Для оцінювання первинної МСД в Україні було використано елементи двох систем оцінювання: «Рамкової програми первинної МСД ВООЗ та інструменту оцінки ефективності, результативності та спроможності первинної МД. Ефективність, результативність та спроможність первинної МСД – поєднуються за такими напрямками» [5]: «чисельність та тип персоналу первинної ланки (у тому числі залучення пацієнтів); доступність, масштабованість, експертність та мультидисциплінарність команд; шляхи пацієнтів та процеси перенаправлення; фізична інфраструктура; лікарські засоби та інші товари для здоров'я; системи закупівель та оплати; цифрові технології в ОЗ; системи підвищення якості МД; включаючи розробку політики, розподіл ресурсів та пов'язані з цим питання» [56].

Мультидисциплінарні команди складаються з кількох медпрацівників, які працюють як одна команда для надання широкого спектру послуг на основі скоординованого підходу. Склад мультидисциплінарних команд ЗІЗ може змінюватися в залежності від обставин, але може включати лікарів загальної практики, лікарів загальної практики, медсестер, спеціалістів-медсестер, медпрацівників, фармацевтів, соціальних працівників, дієтологи, консультанти, фахівці з психічного здоров'я. фізіотерапевти, тренери пацієнтів, менеджери, допоміжний персонал та інші працівники ПМСД. Це не стосується, зокрема, фахівців, які працюють в амбулаторіях. Деякі з цих завдань в Україні поки що відсутні, але, як і в інших країнах, «їх розвиток має сприяти підтримці нової, сучасної системи первинної МСД» [56].

Представлено стан МСУ на основі системи оцінок. У ньому окреслено поточні виклики, які прокладуть шлях до рекомендованих заходів. За останні роки Міністерство ОЗ доклало зусилля для того, щоб усі українці могли

записатися на прийом до сімейного лікаря. «Українці, які підписали декларацію зі своїм сімейним лікарем, становлять близько трьох чвертей (близько 31 мільйона) від загальної кількості населення. Пацієнти можуть обрати будь-якого сімейного лікаря, якщо первинна медична допомога має договір з Державною службою здоров'я України» [56].

Стрімке збільшення кількості надавачів зумовлене новими договірними правилами, які дозволяють будь-якій службі «первинної МД укласти договір з НСЗУ на конкретний пакет первинної МД за умови виконання таких умов: наявність хоча б одного лікаря первинної ланки (і, станом на 2022 рік, принаймні 1 медична сестра), медичну ліцензію, відповідний правовий статус та мінімальну здатність для обробки даних медичною інформаційною системою (SIS) для відповідної роботи ІТ-персоналу та нормативно-правових актів електронної ОЗ. Постачальники послуг також повинні дотримуватися вимог та умов, викладених у технічному завданні Директиви про навчання, документах тендерного пакету та умовах тендеру на навчання» [44].

«У 2021 році в країні загалом налічувалося 7 016 пунктів обслуговування. Індивідуальну практику ЕКЗ організовують окремі лікарі, які працюють як фрілансери» [44].

«Збільшення кількості приватних практик. Кількість надавачів первинної МД, які уклали контракт з Національною службою ОЗ, зросла на 30% у період з 2019 по 2020 рік, що відповідає очікуванням нового законодавства щодо того, хто може потребувати первинної МД. Водночас кількість самозайнятих працівників на первинній ланці МД зросла майже втричі» [44]. Збільшення кількості самозайнятих осіб контрастує з тенденцією мультидисциплінарних команд на передовій прагнути працювати разом у комплексний спосіб. Необхідні додаткові дослідження, щоб зрозуміти, як послуги можуть відрізнятися між ЗМП та великими групами окремих амбулаторних клінік та індивідуальними та груповими практиками, чому клініцисти обирають ту чи іншу практику та як вона впливає на результати лікування пацієнтів [44].

«Збільшення кількості лікарень первинної ланки, які мають договори з

Національною службою ОЗ про надання первинної МСД. З моменту введення в дію контракту 124 лікарні розпочали надання первинної МД» [44]. При укладанні договорів на універсальну послугу є ризик, що попит буде формуватися провайдером. Це може проявлятися в тому, що постачальники виступають у ролі захисників пацієнтів у лікарнях, приймають рішення за них і рекомендують їх іншим клініцистам, які пропонують непотрібні послуги. Лікарні також можуть пропонувати додаткові платні послуги та надавати пацієнтам швидкий доступ до лікарні [44].

Варто також зазначити, що документація інших країн показує, що найкращою практикою є комплексна медична допомога на рівні громад, а не вторинна медична допомога персоналом. У їхньому підході надійні, цілісні та інтегровані системи ОЗ мають значний позитивний вплив на ефективність систем ОЗ [44]. Якщо первинна медико-санітарна допомога надається більш ніж однією лікарнею, концентрація послуг у містах (де зазвичай розташовані лікарні) може стати проблемою.

Ці договірні домовленості є уніфікованими та всеосяжними. Наразі не існує конкретних стратегій чи нормативно-правових актів для підтримки вибіркового контрактів на розмінування з метою підвищення ефективності та якості системи. В Україні базова команда складається з трьох спеціальностей: терапевти та педіатри, усі з рекомендованою кількістю пацієнтів. Медсестри також є частиною робочої сили, але вони не вважають себе експертами і тому не рекомендують кількість пацієнтів. Належне кадрове забезпечення, таке як розширення МД та залучення міждисциплінарних команд до ІНР, матиме вирішальне значення для досягнення цілей.

«Незважаючи на велику кількість лікарів у країні (47 лікарів на 10 000 жителів, що вдвічі більше, ніж у Західній Європі) та понад 10 000 випускників на рік» [56], «у 2018 році налічувалося лише близько 25 000 (13%) лікарів загальної практики» [44]. «У ЄС середній показник за той же рік становив 21%, з показниками від 41% лікарів загальної практики в Португалії до лікарів загальної практики» [56]. «Українська статистика за 2021 рік показує, що

більшість лікарів загальної практики становлять меншу частку лікарів загальної практики (15 303,66%), включаючи педіатрів (4587,20%) та терапевтів (3 461,15%)» [56].

Перед системою стоять два основні виклики, коли йдеться про сімейних лікарів. «По-перше, є занепокоєння щодо вікової структури надавачів первинної МД. Половина з них старше 50 років, а чверть – пенсійного віку. Близько чверті (26%) лікарів загальної практики мають вік 35 років і молодше. Це складний виклик, тому що медичні центри повинні робити більше за допомогою нових методів роботи, але вони часто покладаються на людей, які навчалися роками. Ще більш тривожною тенденцією є для інших сімейних лікарів: 55% педіатрів, 64% педіатрів та 64% сімейних лікарів старше 50 років» [56]. Без збільшення інвестицій робоча сила, швидше за все, скоротиться, навіть у той час, коли політика вимагає зростання.

По-друге, базова медицина є нерівномірною, особливо в сільській місцевості та віддалених районах, які стикаються з додатковими проблемами, пов'язаними з нестачею персоналу, різним місцевим фінансуванням і, як наслідок, крихкістю матеріально-технічної бази. Місцеві органи влади несуть відповідальність за покриття інвестицій та витрат на публічні послуги, але відмінності у рівні фінансування та пріоритетах також призводять до нерівномірності інвестицій через рівень фінансування та місцеві пріоритети. Проблеми, пов'язані з відсутністю набору, утримання та низькою мотивацією серед лікарів загальної практики, завжди були пов'язані з низькою репутацією медпрацівників, що працюють на передовій.

Ще однією проблемою для вступу є те, що «вартість навчання в українських медичних університетах передбачає лише 1-2 тижні медсестринства на шостому курсі, порівняно з 4-8 тижнями в інших країнах Європи» [57].

Сфера діяльності, можливості медичного персоналу, який працює у сфері первинної МД, визначаються Програмою медичних гарантій, сформульованою Розпорядженням 504 Міністерства ОЗ. У нормативно-правових актах зазначено,

що лікарі загальної практики повинні надавати 17 типів консультацій та втручань у сферах терапії, педіатрії, акушерства/гінекології, планування сім'ї, репродуктивного здоров'я та туберкульозу, гепатиту С та ВІЛ. Лікарі можуть отримати відшкодування за вісім видів лабораторних та діагностичних досліджень, включаючи «хронічні захворювання, медичні аналізи та вакцинацію, моніторинг вагітності, вагітності та догляду за дитиною, а також певну невідкладну допомогу, знання випадкових подій, інфекційні захворювання та паліативні стани, паліативну допомогу. У нормативних документах також зазначено, що лікарі, які працюють на первинній ланці, повинні надавати медичну освіту, комунікувати із закладами ОЗ та прагнути до мультидисциплінарних послуг. Команди ПМСД покладаються на команди лікарів та інших медпрацівників для надання допомоги певній популяції» [44].

У 2020 році Міністерство ОЗ взяло на себе завдання для сектору домашнього догляду, підкресливши зобов'язання уряду забезпечити «зміцнення цінностей первинної МД шляхом управління первинною медичною допомогою, особистісно-орієнтованого догляду, вирішення проблем, інтегрованого підходу, підходу, орієнтованого на громаду, та цілісного підходу» [35].

Згідно з офіційними документами, сфера діяльності медичних сестер величезна. Однак на практиці медсестри первинної ланки часто виявляють, що їхні клінічні ролі та обов'язки обмежені. Нещодавній звіт ВООЗ показав, що сприйняття респондентами свідчить про те, що до «90% медичних практик на рівні ЗІЗ присвячені введенню, документуванню та обробці (але не введенню) вакцин, що призводить до того, що вони стають відірваними від того, що від них вимагається» [5]. Однак в Україні ми знаходимо приклади практик, коли медсестри беруть на себе ширші завдання, включаючи обстеження та скринінги.

За відсутності даних незрозуміло, якою мірою медичний персонал у країні працює у мультидисциплінарного лікаря, а не приватного лікаря. Послуги мультидисциплінарної команди включають різні види послуг. В Україні більшість хронічних захворювань лікують маленькі фахівці.

Пацієнти зазвичай звикають отримувати медичну допомогу від

спеціалістів і не хочуть, щоб їхній стан контролювали на первинній ланці, що ще більше обмежує можливості персоналу первинної ланки розвивати свої навички. Це означає, що лікарі первинної ланки мають обмежені можливості щодо усунення факторів ризику хронічних захворювань та надання порад щодо зміни поведінки. Їм також часто не вистачає технологій для ранньої діагностики та лікування, і вони можуть не мати достатнього досвіду, щоб залучити пацієнтів та їхніх близьких до лікування.

Таблиця 2.1.

Вікова структура лікарів загальної практики

Вік	Сімейні лікарі	Педіатри	Терапевти	Всього
<= 30	2 045	418	216	2 679
31–35	1 918	577	278	2 773
36–40	1 333	388	221	1 942
41–45	1 217	303	278	1 798
46–50	1 153	399	246	1 798
51–55	1 517	484	318	2 319
56–60	2 206	634	429	3 269
61–65	2 241	740	598	3 579
66–70	1 224	435	529	2 188
71–75	374	154	266	794
> 75	75	55	82	212
Загалом	15 303	4 587	3 461	23 351

Примітка. Створено [35].

Це може серйозно обмежити здатність пацієнтів піклуватися про себе та збільшити ризик захворювання або його прогресування. З часом охоплення надавачів первинної МСД розширюється. У 2022 році було розширено вимоги до догляду за лікарем загальної практики. Тепер постачальники послуг зобов'язані: «ознайомлення пацієнтів з варіантами профілактики та лікування; залучати пацієнтів до прийняття рішень щодо свого здоров'я та узгоджувати з ними план лікування, який відповідає їхнім очікуванням та здібностям; проводити профілактичні бесіди з хворими щодо дотримання здорового способу життя та збереження власного здоров'я і здоров'я своїх дітей» [35].

Необхідна підтримка в навчанні на всіх рівнях персоналу ПМСД, щоб гарантувати, що ці послуги доступні пацієнтам і що вони надаються пацієнтам у комплексний та пропорційний спосіб. Можливості догляду для осіб, які

здійснюють догляд, обмежені. Медична сестра відіграє ключову роль у масштабуванні, налагодженні мережі та координації первинної МСД [35].

Як зазначено раніше, основна функція медсестри - це адміністрування. Проте, за умови додаткового навчання та зміни установок як лікарів, так і пацієнтів, можливе розширення компетенцій медсестер первинної МСД (ПМСД) до виконання деяких функцій лікарів первинної ланки. В такому разі, медсестри матимуть змогу активно залучатися до надання МП під керівництвом лікарів первинної ланки, сприяти поліпшенню доступності МД, ефективно використовувати інноваційні технології, забезпечувати мобільну підтримку та проводити навчання для самостійного контролю здоров'я на користь пацієнтів.

Наразі відбувається перегляд системи професійного розвитку медсестер, а також створення нових стандартів, які мають відповідати вже існуючим нормам для лікарів. Ці ініціативи мають на меті підвищити рівень кваліфікації тих, хто надає допомогу пацієнтам. Водночас, в первинній медико-санітарній допомозі кількість психіатричних послуг є обмеженою. Обмеження ефективності поточної моделі виникають через те, що психічні захворювання не входять до сфери загальної медичної практики, а соціальна робота не інтегрована у медичне обслуговування, що ускладнює лікування комплексних випадків. Також це може негативно впливати на фізичне здоров'я осіб з хронічними психічними розладами. З іншого боку, існує все більша згода на національному рівні щодо важливості інтеграції психічного здоров'я у загальну систему охорони здоров'я, як це було визначено у стратегії розвитку психічного здоров'я, затвердженій у 2017 році. Проте, перелік психіатричних послуг, які можуть бути надані, особливо у морських заповідниках, досі не уточнений. Відповідаючи на зростаючі потреби, ВООЗ разом з партнерами допомагає Міністерству охорони здоров'я України в розгортанні психіатричних послуг на первинному рівні та підсиленні здатності центрів громадського здоров'я у виявленні та лікуванні поширених психічних розладів, включаючи депресію, самопошкодження, зловживання психоактивними речовинами, тривожні розлади та стресові стани.

З жовтня 2021 року ВООЗ та її партнери провели навчання та наставництво

для понад «370 співробітників та забезпечили доступ до якісної психіатричної допомоги для понад 400 000 осіб» [5]. Інтеграція державних і соціальних послуг у первинну медико-санітарну допомогу є недостатньою. Тісніша співпраця з соціальними службами може покращити лікування пацієнтів, особливо вразливих верств населення. Чіткі та ефективні механізми координації між соціальними службами можуть враховувати ключові фактори, такі як вживання алкоголю та наркотиків, сексуальне та гендерно зумовлене насильство, недоїдання, догляд за людьми похилого віку тощо [56].

В Україні система ОЗ спирається на невеликих спеціалістів для лікування хронічних захворювань. Це означає, що пацієнти з різними хронічними захворюваннями не отримують достатньої комплексної допомоги від свого сімейного лікаря.

Наслідки роботи системи:

- У зв'язку з обмеженим досвідом лікарів первинної ланки, оскільки вони рідко лікують пацієнтів з множинними хронічними захворюваннями, лікарям первинної ланки не вистачає досвіду та знань для їх ефективного лікування.
- Лікарі, які працюють на первинній ланці в Україні, часто не в змозі виявити та лікувати важливі фактори ризику неінфекційних захворювань, такі як рівень холестерину та окружність талії.
- Оскільки вони мало цікавляться пацієнтами, багато пацієнтів звикли звертатися до близьких спеціалістів за лікуванням хронічних захворювань і не схильні до того, щоб їхній стан лікували сімейні лікарі.
- Через відсутність профілактики та пропаганди здорового способу життя система первинної МД не забезпечує ефективної профілактики та програм з популяризації здорового способу життя, обмежуючи здатність клініцистів керувати факторами ризику та надавати поради щодо зміни поведінки.
- Через брак ресурсів та досвіду лікарям первинної ланки часто не вистачає технологій для ранньої діагностики та лікування, і вони не завжди мають необхідний досвід для залучення пацієнтів та їхніх близьких до процесу лікування.

– Незважаючи на ці виклики, в українській системі первинної МСД відбулися певні позитивні зміни:

– Починаючи з 2022 року, лікарі загальної практики повинні будуть інформувати своїх пацієнтів про варіанти профілактики та лікування, залучати їх до прийняття рішень щодо здоров'я, а також проводити профілактичні бесіди про спосіб життя.

– Визнаючи важливу роль медичних сестер у первинній медико-санітарній допомозі, ВООЗ рекомендує розширити їхні обов'язки на деякі ролі сімейних медичних сестер. Це може покращити доступ до МП, використання нових технологій, надання мобільної допомоги та навчання самодопомоги.

– Впровадження системи психічного здоров'я: ВООЗ та її партнери співпрацюють з Міністерством ОЗ України над покращенням доступу до послуг з охорони психічного здоров'я на рівні первинної МСД.

– Краща співпраця з соціальними службами може покращити надання МД пацієнтам, особливо вразливим групам населення. Ці зміни можуть покращити якість та доступність МП для мільйонів українців. Важливо зазначити, що для успішного впровадження цих змін необхідні додаткові зусилля: необхідне навчання та підтримка для надавачів первинної МД, а також додаткове навчання та підтримка для того, щоб вони могли виконувати свої нові ролі.

– Інвестиції необхідні для забезпечення ресурсами та технологіями, необхідними для надання високоякісної первинної МСД.

– Необхідні більш далекосяжні системні зміни для забезпечення кращої координації між різними секторами системи ОЗ. Завдяки спільним зусиллям урядів, міжнародних організацій та медпрацівників Україна може створити більш ефективну та орієнтовану на пацієнта систему первинної МСД.

Однак існує ще багато проблем, які необхідно вирішити, щоб гарантувати, що повністю приймає визнання та управління цими термінами, зокрема:

- Проблеми зі здатністю персоналу виявляти пацієнтів із захворюваннями, пов'язаними зі СНІДом, ВІЛ-інфекцією, а також тих, хто

займається поведінкою високого ризику;

- брак часу на виконання швидких діагностичних тестів;
- недостатня обізнаність про доконтактну профілактику, антиретровірусну терапію та догляд за людьми, які живуть з ВІЛ та СНІДом;
- низька пропускна здатність транспортування зразків крові до відділень первинної МСД; висока вартість тестування або доступу до швидкого генетичного та молекулярного тестування;

механізми обміну інформацією між природоохоронними територіями та громадським здоров'ям, для взаємного обміну інформацією між природоохоронними територіями та громадським здоров'ям, а також для взаємного просування потреб ОЗ в суспільстві. Це може включати сприяння розробці ефективних стратегій профілактики та лікування захворювань, включаючи вакцинацію та запобігання самогубствам [35].

2.2. Оцінка ефективності функціональної діяльності досліджуваного ЗОЗ

Комунальне некомерційне підприємство «Берегівський центр первинної МСД» Берегівської міської ради, (КНП «Берегівський центр ПМСД»), є «медзакладом, що надає первинну медико-санітарну допомогу в амбулаторних умовах будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України, а також вживає заходів із профілактики захворювань населення та підтриманням громадського здоров'я» [43].

КНП «Берегівський центр ПМСД» знаходиться у «підпорядкуванні, відповідальному та під його контролем. Її засновником стала Берегівська міська рада» [43].

КНП «Берегівський центр ПМСД» є «комунальним некомерційним підприємством, яке здійснює господарську та некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших благодійних цілей» [43].

Майно КНП «Берегівський центр ПМСД» є «власністю Берегівської

територіальної громади» [43].

Метою є «надання базової МД населенню, яке проживає на території регіональної громади Берегове, адміністрування ОЗ та здійснення заходів щодо профілактики захворювань у населення та підтримання громадського здоров'я» [43].

Мета діяльності комунального некомерційного підприємства «Берегівський центр первинної МСД» показана на рис. 2.1.

«Поточне управління (оперативне управління) здійснює Генеральний директор, який призначається та звільняється на підставі рішення муніципалітету Берегове за результатами процедури відбору, та який, уклавши договір на термін від 3 до 5 років, виконує кваліфікаційні вимоги Міністерства ОЗ шляхом укладення контракту терміном на 3 роки. років до 5 років» [43].

Предмет діяльності КНП «Берегівський центр ПМСД»

медична практика з надання первинної та інших видів медичної допомоги населенню;
забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку;
організація надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
проведення профілактичних щеплень;
планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів;
консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя;
взаємодія з суб'єктами надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення дієвого лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта;
організація відбору та спрямування хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров'я та установ, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також відбору хворих на санаторно-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку;
забезпечення дотримання міжнародних принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я;
упровадження нових форм та методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів;
проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за виданою листків непрацездатності;
направлення на медико-соціальну експертизу осіб зі стійкою втратою працездатності;
участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя тощо

Рис. 2.1. Об'єкт діяльності Берегівського центру первинної МСД

Примітка. Сформовано на основі даних КНП «Берегівський центр ПМСД»

Організаційна структура та оновлення складу Берегівського центру первинної МСД, які відображені на схемі 2.2, а також порядок управління та область відповідальності його відділів, регулюються керівництвом центру. Конкретніше, директор та виконавчий директор підприємства, діючи на підставі повноважень, наданих засновником, яким є Берегівська міська рада, затверджують ці структури, за умови що відповідна Постійна комісія ради має право займатися питаннями, що стосуються цієї галузі [43].

Функціональні завдання та інструкція працівників комунальної некомерційної компанії «Берегівський центр первинної МСД» затверджуються керівником підприємства.

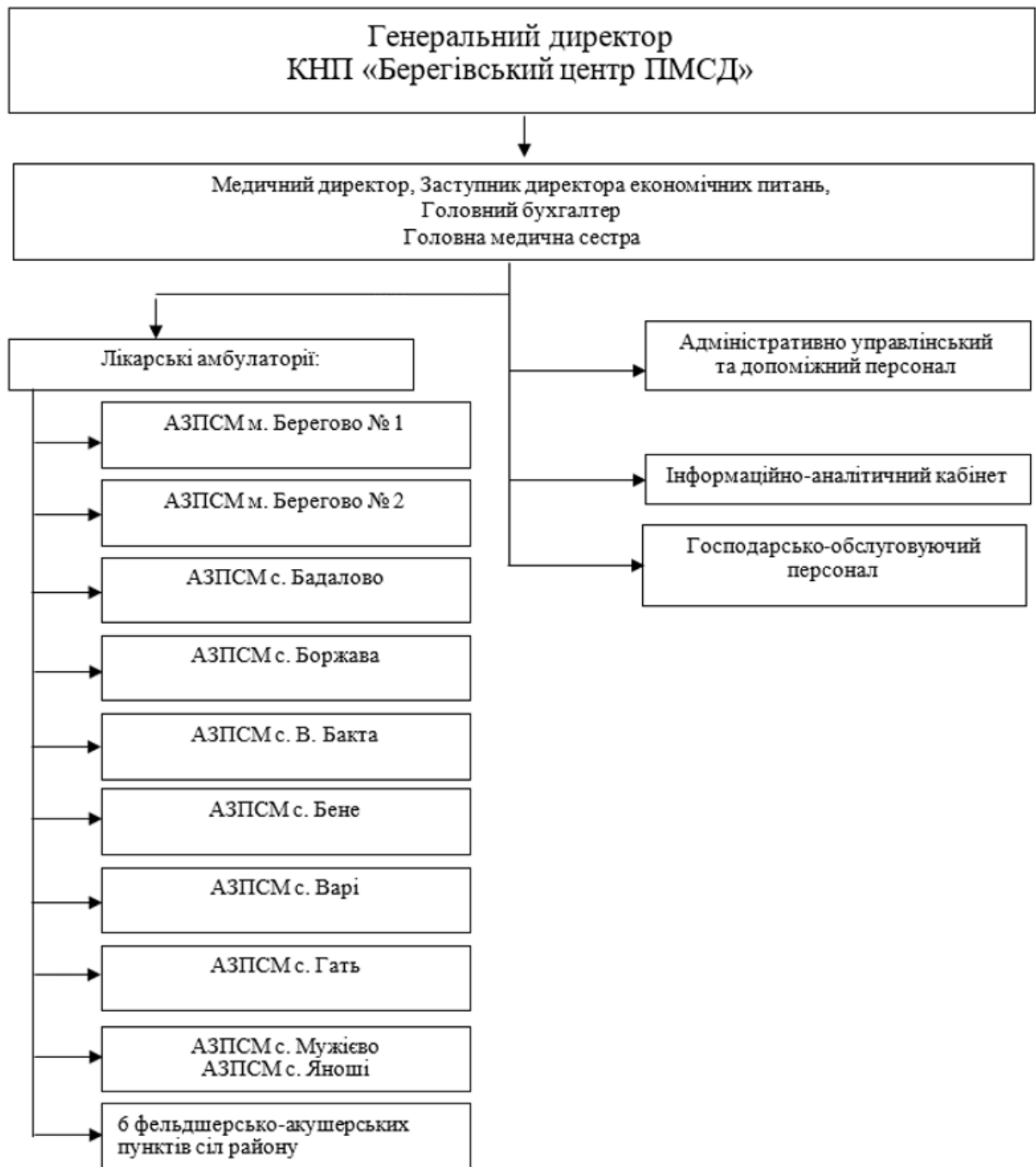


Рис. 2.2. Організаційна структура КНП «Берегівський центр ПМСД»

Примітка: Сформовано автором за матеріалами КНП «Берегівський центр ПМСД»

Слід зазначити, що в структурі досліджуваного медичного відділення є 10 диспансерів загальної та сімейної медицини та 6 робочих місць районної медицини.

Чисельність працівників КНП «Берегівський центр ПМСД» затверджується на розсуд директора, на підставі фінансового плану підприємства, складеного в установленому законодавством та статутом порядку, з урахуванням необхідності створення належних умов для забезпечення належного доступу та якості МД.

«Чисельність працівників КНП «Берегівський центр ПМСД» становить 113,50 одиниць, з них: 3 управлінські одиниці; лікарі - 29,5 од; медичний персонал - 43 одиниці; молодша медична бригада – 13 одиниць; додатковий штат - 25 од» [43].

«Кількість фактично заповнених посад на 07.01.2024 становить 80,25 од., з них: керівники – 3 одиниці; лікарі - 21,25 од; медичний персонал - 35,5 од; наймолодша медична бригада – 6,25 од; інші – 14,25» [43].

Некомерційна організація обслуговує 44 141 особу, у тому числі 34 521 дорослий та 9 620 дітей.

Станом на 01.07.2024 року в КНП «Берегівський центр ПМСД» працювало «14 лікарів-терапевтів, які видали сертифікати вибору лікаря для 21 471 особи, 5 педіатрів первинної ланки МД з 3 937 осіб та 3 лікарів загальної практики, які оформили сертифікат вибору лікаря на 3996 осіб, загальна кількість сертифікатів вибору лікаря становить 29 404, що становить 66,6% від нинішнього населення ТГ Берегово» [43].

Середня кількість виконаних сповіщень:

- 1 Лікар-терапевт первинної ланки 1534 звіти,
- 787 направлень до 1 лікаря-педіатра з початкової освіти,
- на одного сімейного лікаря припадає 1332 повідомлення [43].

Переходимо до аналізу обсягів продажів МП, в КНП «Берегівський центр ПМСД» у 2021-2023 роках.

«Центр первинної МСД в Берегово пропонує широкий спектр МП: медичні консультації, невідкладна допомога, лабораторні дослідження, інструментальні дослідження, профілактичні огляди, паліативна допомога, транспортування швидкої допомоги, щеплення тощо» [43].

У таблиці 2.1 наведено дані щодо обсягів надання послуг та діяльності

КНП «Берегівський центр ПМСД» у 2021-2023 роках.

Таблиця 2.1.

**Динаміка чистих надходжень від ОЗ КНП «Берегівський центр ПМСД»
за період 2021-2023 рр.**

Найменування показника	Роки			Темпи зростання, %		
	2021	2022	2023	2022/2021	2023/2022	2023/2021
Чистий дохід (виручка) від наданих медичних послуг, тис. грн	35300,7	37850,5	-	107,2	96	-

Примітка. Сформовано за даними КНП «Берегівський центр ПМСД»

З таблиці 2.1 видно, що обсяг МП у 2022 році зріс на 7,2% порівняно з попереднім роком. У 2023 році обсяг продажів послуг, що надаються компанії, знизився. Однак відомо, що «кількість пропонованих послуг, виконаних робіт побічно позначає ефективність діяльності компанії, так як всі види планування і організації роботи повинні бути спрямовані на підвищення ефективності роботи» [43].

На рисунку 2.3 показана динаміка доходів МП Берегівського санаторію за період 2021-2023 років.

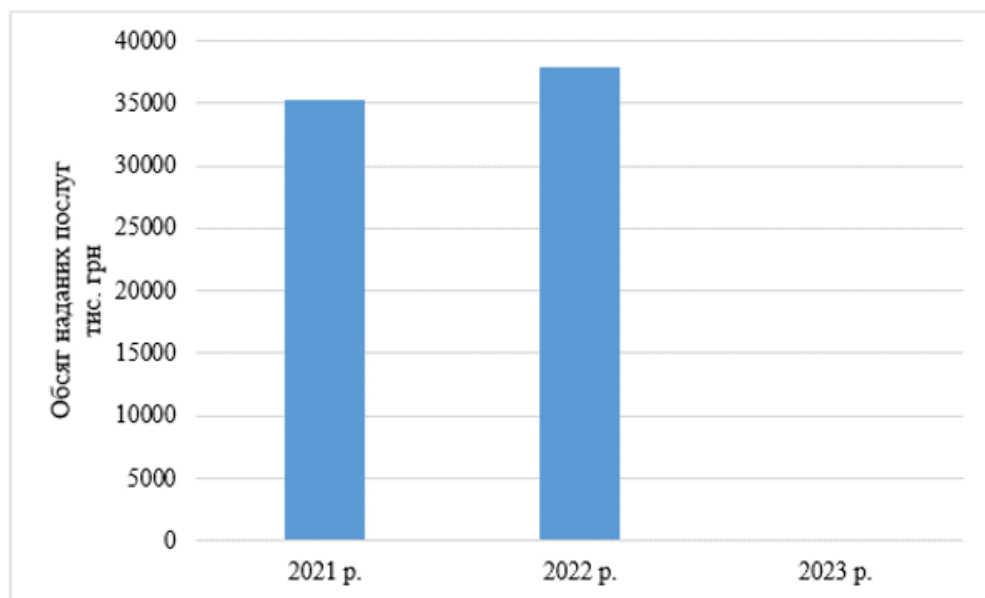


Рис. 2.3. Динаміка обсягу МП, що надаються КНП «Берегівський центр ПМСД» у період 2021-2023 рр.

Примітка. Сформовано за даними КНП «Берегівський центр ПМСД»

У першому півріччі 2024 року діяльність КНП «Берегівський центр

ПМСД» фінансувалася за рахунок коштів Системи громадського здоров'я України на підставі договору про охорону здоров'я населення за програмою гарантія здоров'я за групою послуг: «надання МП, пов'язаних з наданням первинної МД; забезпечення кадрового потенціалу у сфері ОЗ шляхом організації надання МД за участю лікарів-інтернів; підтримка та лікування дорослих і дітей з психічними розладами в початковій медичній освіті; підтримка та лікування дорослих і дітей з туберкульозом на первинній ланці МСД; мобільна паліативна допомога дорослим та дітям; кошти та платежі допоміжних та комунальних підприємств фінансувалися за рахунок коштів місцевого бюджету» [5].

Розглянемо детальніше розділ про доходи фінансового плану КНП «Берегівський центр ПМСД». «Частка доходу Берегівського центру первинної МСД з коригуваннями за перше півріччя 2024 року становить 17,81,0 тисяч гривень. грн., що становить 100,2% від плану» (табл. 2.2) [43].

Таблиця 2.2.

Доходи, які входять до фінансового плану КНП «Берегівський центр ПМСД»

Назва статті доходу	Сума, тис. грн.	% від планових показників
доходи від реалізації послуг з медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій, згідно з договором з Національною службою здоров'я України, обсяг яких за перше півріччя 2024 року	11525,9	100,0
Дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) НСЗУ по пакету кадровий потенціал, психіатрія	224,8	105,2
Дохід від операційної оренди активів (депозит) та утилізацію (кошти, отримані по депозиту)	714,3	107,8
Дохід з місцевого бюджету цільового фінансування на оплату комунальних послуг та енергоносіїв, товарів, робіт та послуг»	439,9.	96,7 %

Примітка. Сформовано за даними КНП «Берегівський центр ПМСД»

З огляду на частку доходу фінансового плану Примітка. Сформовано за даними КНП «Берегівський центр ПМСД», варто зупинитися на витратній стороні. Видаткова

частина фінансового плану Центру первинної МСД у Берегово з коригуваннями на перше півріччя 2024 року становить 16 187,5 тисяч гривень. грн., що становить 94,4 % від плану (табл. 2.3).

Таблиця 2.3.

Витратна частина фінансового плану КНП «Берегівський центр ПМСД»

Назва статті витрат	Сума, тис. грн.	% від планових показників
Медикаменти та перев'язувальні матеріали та вироби медичного призначення	365,3	84,6
Ремонт та запасні частини до транспортних засобів	7,3	14,7
Господарчі товари та інвентар, комп'ютери, монітори поліпшення матеріально технічної бази	292,5	89,5
Витрати на паливо-мастильні матеріали	147,6	97,8
Витрати на електроенергію	143,0	69,5
Витрати на водопостачання та водовідведення	9,0	78,5
Витрати на природний газ	144,9	101,4
Витрати на теплопостачання	120,6	97,3
Витрати на викачку нечистот та вивіз побутових відходів	22,5	94,1
Витрати на оплату праці	8336,8	101,8
Відрахування на соціальні заходи	1691,8	94,5
Витрати, що здійснюються для підтримання об'єкта в робочому стані (проведення ремонту, технічного огляду, нагляду, обслуговування тощо) метрологія, банківські послуги, утилізація	2213,0	136,2
Адміністративні витрати	847,6	70,3
Витрати на канцтовари, офісне приладдя та устаткування медичні бланки, рецепти, карточки, придбання медичних видань, офісний папір	111,3	46,8
Витрати на страхові послуги	7,8	37,9
Витрати на придбання та супровід програмного забезпечення	209,7	84,1
Витрати на службові відрядження та навчання медичного персоналу	28,6	39,8
Витрати на зв'язок та інтернет обслуговування телефонів	75,2	95,7
Витрати на обслуговування оргтехніки та ремонт (заправка катріджів, рем комп'ютерів, принтерів)	30,7	38,0
Юридичні та нотаріальні послуги	90,0	94,7
Інші витрати від операційної діяльності (розшифрувати) (лабораторні послуги)	294,4	97,4

Примітка. Сформовано за даними КНП «Берегівський центр ПМСД»

«Капітальні інвестиції Центру первинної МСД у Берегово становлять 1 845,8 тисяч гривень. (63,0%). Таким чином, враховуючи доходи та видаткові розділи фінансового плану БК «Берегово Центр ПНК», заявляємо, що до ПМСД «Берегово Центр ПНК» надійшли надходження у сумі 17 181,0 тисяч гривень та витрати у сумі 16 187,5 тисяч гривень. грн. У перерахунку на економічність вони в сумі складають 966,4 тис. грн. 28 від 13.01.2023» [5]

Кошти, отримані від Державної медичної служби України, покривають витрати, пов'язані з наданням базової МД, виплатою заробітної плати, закупівлею медикаментів та медобладнання, засобів індивідуального захисту, дезінфікуючих засобів, паливно-мастильних матеріалів, утриманням транспорту швидкої МД, відшкодуванням витрат на лабораторні послуги, поточний ремонт, удосконалення обладнання та технічної бази, підготовка персоналу, обладнання, витрати на утримання, придбання основних фондів (придбання апарату УЗД).

РОЗДІЛ 3

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ІНСТРУМЕНТІВ АУДИТУ В ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Використання інструментів КА для підвищення якості та конкурентоспроможності МП ЗОЗ

Забезпечення належної МД є одним із найважливіших викликів для глобальної ОЗ. Одним з основних завдань у цій сфері є досягнення таких цілей: підвищення якості та доступності МП за рахунок ефективного використання обмежених фінансових, матеріальних, людських та інших ресурсів, в умовах посилення конкуренції на ринку МП. Заклади ОЗ мають політику, яка вимагає зміни загальних принципів управління або зміни напрямку. Сьогодні керівниками медичних закладів України є переважно лікарі зі значним досвідом та високою кваліфікацією у медичній сфері, але які не мають спеціальної підготовки в управлінні медичними закладами.

Разом з тим, українська система ОЗ сьогодні має багато проблем з відсутністю точних знань про сучасні методи діагностики та лікування, клінічних рекомендацій, недостатнім матеріальним забезпеченням, включаючи організаційні та управлінські недоліки. Тому сьогодні необхідно терміново посилити контроль за сучасними методами ефективного управління підрозділами ОЗ, забезпечити раціональну фінансово-господарську діяльність санітарно-профілактичних структур та забезпечити належне використання матеріальних, економічних і професійних ресурсів. Це свідчить про проблему створення системи моніторингу якості надання МД в медичному закладі в Україні.

«Аудит - це систематичний процес збору, документування та оцінки інформації для визначення, чи відповідає робота організації встановленим стандартам якості» [11]. У практиці підрозділів ОЗ важливу роль відіграє контроль у всіх його формах. «Планові (за відомим графіком) та позапланові

перевірки є плановими, тоді як планові перевірки проводяться не рідше одного разу на рік» [11]. Залежно від складу аудиторів аудиторські перевірки поділяються на першу частину, другу частину і третю частину [14]. «Первинний контроль (ВА) здійснюється безпосередньо керівництвом департаменту ОЗ. ВА, як правило, спрямований на підвищення ефективності управління людськими ресурсами, виявлення помилок на робочому місці та підготовку зовнішнього аудиту. За результатами аудиту в першій частині, як правило, використовується активний адміністративний вплив на медичний персонал та інші адміністративні заходи для впливу на роботу закладу» [11]. Аудит другої сторони застосовуються до аудитів третьої сторони. Аудит контрагента проводиться третьою особою для своїх цілей. У цю категорію входять перевірки, що проводяться органами ОЗ та страховими компаніями різних рівнів, в рамках відомчих і позавідомчих перевірок. Перевірка третьою стороною виконується незадіяною організацією, наприклад, в рамках сертифікаційного аудиту.

З метою підвищення якості, а значить і конкурентоспроможності МП в українських медичних установах, рекомендується проводити щорічне клінічне обстеження. Відповідно до Керівних принципів клінічних аудитів ми вважаємо за доцільне використовувати наступну систему для оцінки якості надання МД пацієнтам (рисунок 3.1). Наведена система класифікації характеризується використанням протоколів лікування, затверджених Міністерством ОЗ України. На малюнку показані основні фази і послідовності клінічного дослідження. Оцінюється робота лікарів при наданні МД та діагностиці хворих в лікувальному відділенні.

Цикл клінічного спостереження починається з етапу підготовки.

Підготовчий етап включає в себе:

- планування: формулювання цілей іспиту, розкладу іспитів, вибір методу збору даних;
- розробка програми аудиту;
- навчання технічного оснащення та персоналу;
- проінформувати колектив навчального закладу про цілі та завдання іспиту.

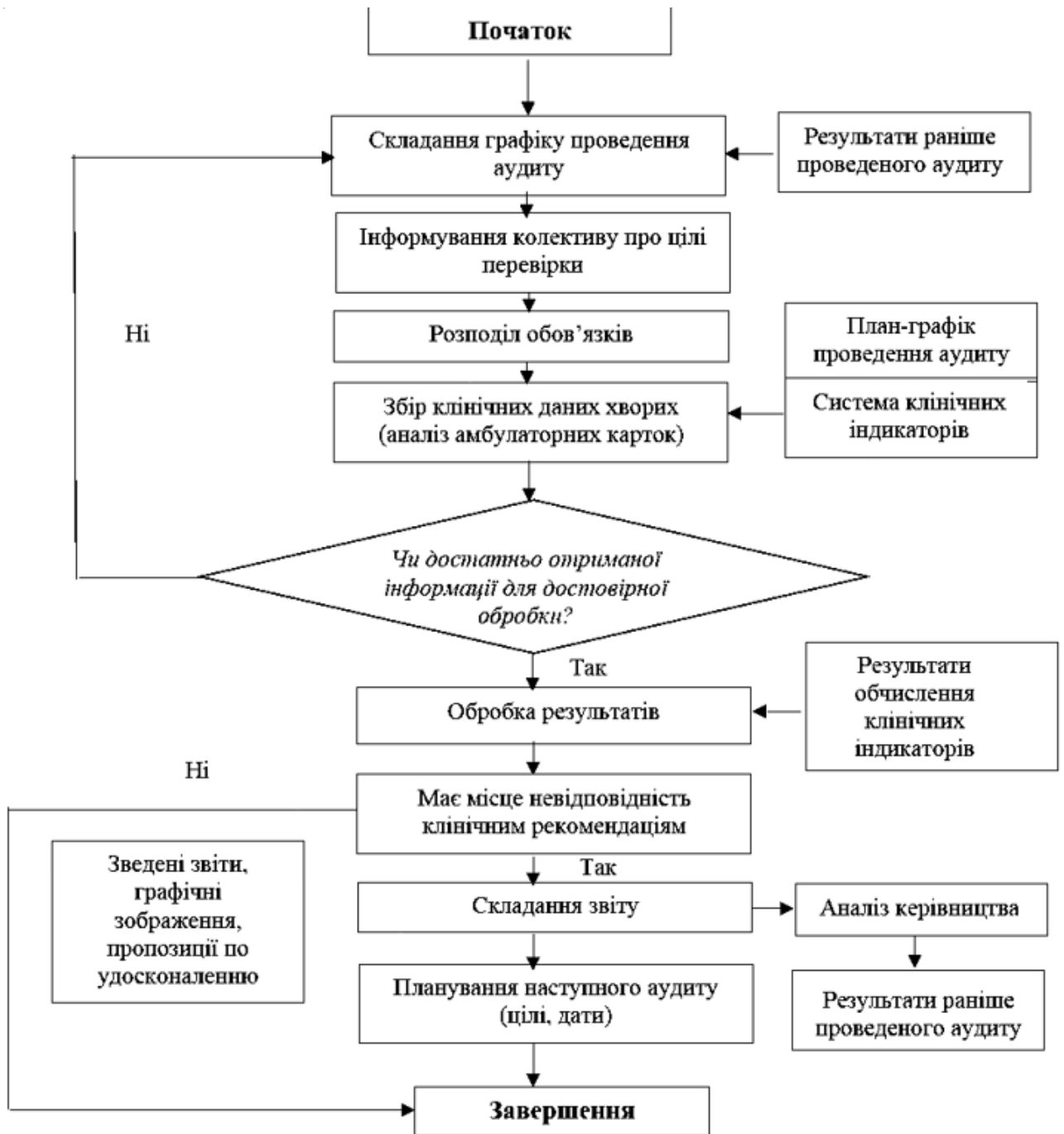


Рисунок 3.1: Алгоритм оцінки якості надання МД пацієнтам

Примітка. Створено автором

Візит планує начальник управління ОЗ. Цілі аудиту формулюються на основі вже відомих фактів або результатів попереднього аудиту.

Рекомендується проводити щорічний контроль якості в медичному підрозділі. Така частота пов'язана з тим, що більшість втручань у стан здоров'я пацієнтів (моніторинг способу життя, вимірювання артеріального тиску,

лабораторні аналізи, інструменти) повинні повторюватися щорічно відповідно до норм національних клінічних рекомендацій. Тому 12 місяців – це достатній термін для збору нових даних з амбулаторних записів, які використовуються для оцінки якості надання МД пацієнтам. Дані за попередній календарний рік аналізуються на початку наступного року.

Тривалість перевірки визначається окремо для кожного ЗОЗ та залежить від методу збору даних та рівня підготовки персоналу. Існує два способи збору клінічних даних: «дані збираються протягом року, дані збираються протягом певного періоду часу (якомога коротшого) в кінці календарного року» [43].

Процес планування завершується встановленням графіка управління та розподілу робочих навантажень. Призначається особа, відповідальна за всі етапи аудиту.

На нашу думку, розподіл обов'язків має бути таким:

- старший консультант – визначає мету та завдання інспекції, інформує трудовий колектив про інститут проведення інспекції, здійснює інспекцію на всіх етапах перевірки;
- відповідальність за організацію аудиту (керівник відділу) – проведення та контроль підготовчого етапу: розробка програм аудиту, призначення керівників та керівників на наступні етапи аудиту, організація навчання співробітників, участь у прийнятті рішень щодо вдосконалення процесу, організація впровадження рішень щодо вдосконалення;
- менеджер зі збору даних (медична сестра, адміністратор, реєстратор інформаційно-аналітичної служби) – обирає форми амбулаторної консультації для внесення даних про пацієнта до реєстру;
- лікар – вносить дані пацієнта до запису.
- відповідальний з аудиту (з методикою клінічного контролю, знанням статистичного аналізу) – аналізує результати розрахунку клінічних показників у реєстрі, готує експертний висновок, готує документи за результатами аудиту, надає консультативну підтримку у розробці рішень щодо вдосконалення;

– особа, відповідальна за проведення аудиту (досвідчений експерт з колективу, який детально знає організацію діяльності медичного закладу) - контролює проведення аудиту згідно з узгодженою програмою перевірки, може брати участь в організації аудиту і вносити дані в протокол, вносить пропозиції щодо поліпшення за результатами аудиту.

Особлива увага приділяється підготовці персоналу, який займається збором клінічних даних в аналітичних цілях. Це вкрай важливо, так як медична інформація повинна бути представлена в формалізованому (єдиному) вигляді для отримання клінічних показників. Тому від якості оформлення залежить якість виконання результатів показників. Знання персоналу з питань формалізації клінічних даних, обов'язкового навчання та навчання персоналу повинні бути переглянуті при проведенні будь-якого планування інспекції. Процес навчання співробітників складається з вивчення клінічних рекомендацій та вивчення актуальних протоколів лікування.

Найбільшої об'єктивності клінічного контролю можна досягти, якщо він проводиться на основі інформації, критеріїв і показників якості, які відповідають розробленим і затвердженим керівником медичного відділу інгредієнтами.

Критерії якості покликані охоплювати всі елементи якості і служити орієнтиром для досягнення цілей в області ОЗ (табл. 3.1). Критерії якості детально визначаються для кожного відділу/підрозділу та для кожного працівника, виходячи з типу та обсягу наданої допомоги, стандартів монтажу та посадової інструкції.

Відповідно до критеріїв створюються (планові) критерії якості медичного закладу, які визначаються стандартами, інструкціями, методиками та іншими політико-розпорядчими документами законодавства України.

«Показники якості як інструмент вимірювання рівня якості МД розроблені та розраховані відповідно до методики розроблення системи показників якості МД, затвердженої наказом Міністерства ОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 та зареєстрованої 29 листопада 2012 року в Міністерстві юстиції України за номером 2002/22314» [43].

Таблиця 3.1.

Критерії якості ОЗ на основі компонентів якості

№ з/п	Компоненти якості	Приклади критеріїв якості
1	2	3
1.	Спрямованість на пацієнта	Дотримуються права пацієнта згідно з чинним законодавством. Дотримуються етичні та деонтологічні норми медичної діяльності. Проводяться регулярні соціологічні опитування з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта.
2.	Результативність	Зміна клінічного стану у відповідності до очікуваного при даному захворюванні. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. Має місце позитивна динаміка показників зниження рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян в порівнянні з попереднім періодом діяльності. Регулярно оцінюється задоволеність пацієнта результатом медичної допомоги та медичного обслуговування.
3.	Безпека	Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. Дотримуються стандарти ліцензування та акредитації за відповідними профілю діяльності закладу охорони здоров'я розділами.
4.	Доступність	Штатні посади медичних і немедичних працівників укомплектовані відповідно до нормативів. Заклад охорони здоров'я укомплектований медичним обладнанням та виробами медичного призначення за таблицями оснащення. Наявні в закладі, доступні кожному медичному працівнику та дотримуються ним вимоги локальних медико-технологічних документів, стандартів, правил, методик, нормативів, інструкцій, інших регулюючих документів. Встановлений і дотримується порядок взаємодії між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я та закладу охорони здоров'я з іншими медичними і немедичними установами з питань організації надання медичної допомоги пацієнтам / населенню.
5.	Економічна ефективність	Обсяг ресурсів для задоволення потреб цільових груп населення у медичній допомозі планується згідно з вимогами галузевих / локальних медико-технологічних документів. Використовуються види і обсяги ресурсів відповідно до вимог галузевих / локальних медико-технологічних документів. Тривалість лікувально-діагностичного процесу та його окремих складових за нозологіями відповідає діючим нормативам.
6.	Своєчасність	Визначена і дотримується тривалість очікування: планової консультації спеціаліста згідно з рекомендованими нормативами; планової госпіталізації згідно з рекомендованими нормативами; планового оперативного втручання згідно з рекомендованими нормативами; результатів лабораторних, функціональних, інших діагностичних досліджень. Визначений порядок прийому лікаря в амбулаторних умовах. Визначений час доїзду бригади екстреної медичної допомоги до хворого / постраждалого в залежності від місцевості згідно діючих нормативів.

Примітка. Створено автором з [11]

Після закінчення підготовчого етапу аудитор інформує персонал установи про цілі аудиту, інформує команду програми аудиту та призначає осіб, відповідальних за кожен етап.

Наступним кроком є збір клінічних даних від пацієнтів. Джерелом даних є амбулаторна реєстратура. На цьому етапі аудиту бере участь збирач даних, який заздалегідь інформується особою, відповідальною за аудит, критеріями для розгляду амбулаторних записів та кваліфікованим реєстратором.

Рекомендується, щоб відділ ОЗ збирав дані на щоквартальній основі, враховуючи пацієнтів зі специфічною нозологією, які постійно консультувалися зі своїм лікарем під час однієї або кількох консультацій. Обсяг вибірки визначається виходячи з чисельності генеральної сукупності, що обслуговується.

Після завершення збору даних аудитор перевіряє повноту і якість введеної інформації. Якщо дані неадекватні, тобто не відповідають плану, або якщо якість не дозволяє провести надійну оцінку, збір даних продовжується.

Як тільки з'являється достатня кількість даних для надійної обробки, починається етап обробки результатів. На цьому етапі особа, відповідальна за перевірку, заповнює форму звіту про перевірку заводу. Ця форма повинна містити загальну інформацію про заклад ОЗ, групи пацієнтів, графік, аудитора, а також перелік клінічних показників для пацієнтів з конкретними захворюваннями та цілі клінічних показників, що підлягають аналізу.

В ході першого процесу моніторингу «визначається середнє або кінцеве значення показника. Залежно від календаря та результатів керівних принципів, може виникнути потреба у встановленні нових цілей у майбутньому і, відповідно, кінцевих цілей» [14]. Потім результати показників заносяться у форму звіту. Крім того, звіт фіксує проблеми, виявлені на етапі обробки результатів, що перешкоджає правильній інтерпретації значень, отриманих з показників (наприклад, відсутність регулярних візитів до лікаря, відсутність даних про спосіб життя тощо).

Наступним етапом аудиту є аналіз результатів і підготовка звітності за участю аудиторського експерта. Експерт-аудитор перевіряє правильність

обробки клінічної інформації, порівнює результати аудиту в медичному відділенні з результатами зіставних установ і робить висновок про результати перевірки. При необхідності результати тесту виводяться в графічному вигляді.

На основі проведеного аналізу виявляється процес звернення до хворих, в якому є відхилення від положень клінічних настанов, тобто напрямки, що підлягають вдосконаленню. Після видачі звіту результати перевірки представляються інспекційній комісії ЗОЗ, до складу якої входить особа, відповідальна за проведення перевірки, яка відповідає за проведення перевірки, відповідає за організацію перевірки, роз'яснює та обговорює результати.

Критичним моментом цього етапу є те, що аналіз результатів контролю проводить фахівець, який володіє принципами статистичного аналізу, володіє глибокими знаннями методики отримання результатів клінічних показників і володіє всією інформацією про проблему, що підлягає аналізу. Тільки при правильній інтерпретації досягнутих результатів можна знайти ефективні шляхи підвищення якості МД.

Відповідно до основних правил для успішного проведення інспектування, результати оцінки повинні бути доведені до відома персоналу Департаменту громадського здоров'я відповідно до принципів конфіденційності. Штрафні санкції та інші покарання не допускаються.

Рекомендовано використання результатів клінічних аудитів у державному управлінні [14]. Особа, відповідальна за проведення аудиту, готує пропозицію щодо вдосконалення та графік виконання пропозицій щодо вдосконалення. Скликається комітет з таким же складом, приймаються рішення про поліпшення, затверджуються пропозиції щодо поліпшення і графік виконання, призначаються відповідальні за виконання і виконання заходів. Він ґрунтується на орієнтовній меті, завданнях та даті наступної перевірки.

«Рекомендується повторювати цикл моніторингу 1 раз через 6 – 12 місяців. На цьому цикл аудиту можна вважати завершеним. У разі повторних перевірок весь цикл повторюється, якщо оцінка якості є недостатньою або якщо немає достатнього впливу на покращення ЯМП до досягнення мети» [43].

Природно, що проведення клінічного обстеження вимагає значних адміністративних зусиль і високого рівня мотивації з боку команди медичного відділення. Основну роль в цьому процесі відіграє особистість керівника, ступінь впливу, який він надає на колектив, знання теоретичних основ менеджменту, контролю за допомогою сучасних інформаційно-аналітичних систем, записів. Впровадження принципів клінічного контролю шляхом використання реєстрів у практичну роботу медичних закладів України дозволяє ефективно використовувати доказові медичні дані у лікуванні пацієнтів, тим самим сприяючи досягненню терапевтичних цілей та покращенню клінічної ситуації в регіоні.

Тому з метою підвищення конкурентоспроможності ми пропонуємо систему контролю ЯМП в українських медичних закладах, засновану на комплексі якісних критеріїв та показників. Критерії якості детально визначаються для кожного відділу/підрозділу та для кожного працівника, виходячи з типу та обсягу наданої допомоги, стандартів монтажу та посадової інструкції. Крім того, пропонується використовувати клінічний контроль у діяльності ЗОЗ для покращення процесів та результатів догляду за пацієнтами шляхом систематичної оцінки компонентів здоров'я за певними критеріями, а також вносити зміни, якщо надання МД або її результати не досягають очікуваного рівня. Якісна аудиторська організація не є значним тягарем для аудиторів, але вона дає їм можливість зробити свій внесок у підвищення якості роботи установи та перенести знання та навички, отримані під час аудиторської роботи, у свою повсякденну діяльність.

3.2. Формування механізму управління ефективністю функціональної діяльності досліджуваного ЗОЗ

Для того, щоб підвищити ефективність функціональної діяльності КНП «Берегівський центр ПМСД», необхідно розробити та впровадити відповідний механізм управління. «В економічній науці під механізмом управління

розуміють чітку послідовність дій, що визначають процес управління. Оскільки управління є цілеспрямованим процесом, в якому вирішуються конкретні завдання, механізм управління можна описати як алгоритм, який можна визначити як конкретні кроки або набір дій для вирішення завдання організації» [3].

Деякі визначення цього терміна по відношенню до ОЗ включають:

- частина системи управління, що впливає на фактори, стан яких визначає результат діяльності об'єкта, що перевіряється;
- єдина система визначається обмеженим числом фундаментальних елементів, характером взаємодії і їх взаєморозумінням. Елементами цього механізму є мета і завдання управління, потенціал ресурсів системи, а також функції, методи і форми управління;
- включає калькуляцію собівартості бізнесу, внутрішнє планування, договірну взаємодію між учасниками ринку, ціноутворення та фінансування, кредитування, маркетинг та стимулювання ефективної діяльності;
- найважливішим інструментом формування єдиної соціальної системи є невід'ємна частина системи ОЗ, основним завданням якої є надання якісних МП населенню.

Слід зазначити, що «механізм управління охороною здоров'я визначається шляхом оцінки його ефективності та обмежується лише отриманням коштів або фінансових звітів» [13]. Різні тлумачення цього терміна, який у різних випадках може розглядатися як «проста система, інструмент для створення системи, частина системи управління, сукупність взаємопов'язаних елементів або окремий елемент системи, свідчать про відсутність єдиної теорії механізмів управління в системі ОЗ України» [3]. Проблеми, що стоять перед цим сектором, вимагають розробки наукових і практичних підходів до створення механізму управління ефективністю діяльності підрозділів та підприємств громадського здоров'я.

З організаційної точки зору, «механізм повинен включати як суб'єкти, що діють на рівні окремих закладів ОЗ, так і регіональні та міжнародні центри, що

сприяють обміну технологіями та управлінськими даними» [3].

Керівництво КНП «Берегівський центр ПМСД» може самостійно проводити комплекс аналітичних та оціночних робіт, пов'язаних з організацією процесу управління державними послугами.

У рамках реформування системи ОЗ в Україні на базі регіональних управлінь ОЗ мають бути створені територіальні медичні інформаційні центри (ТММІ), які слугуватимуть збирачами даних про роботу медичних підрозділів у тому чи іншому регіоні. Ці дані дають можливість оцінити послуги, які стосуються не тільки керівників медичних установ і компаній, а й органів влади, які бажають поліпшити здоров'я жителів регіону. Обмін досвідом, обмін даними та комунікація з іноземними партнерами можуть бути досягнуті за рахунок трансфертного ціноутворення.

Роль організації в цьому запропонованому механізмі полягає у створенні та управлінні підрозділами трансфертного ціноутворення, ефективними командами у всіх внутрішніх закладах ОЗ, включаючи КНП «Берегівський центр ПМСД», а також контролерами або автоматизованою системою управління КРІ. Ці послуги разом із внутрішнім управлінням та системами обслуговуючої компанії стають важливими елементами організаційного механізму, спрямованого на управління ефективністю роботи КНП «Берегівський центр ПМСД» (рисунок 3.2).

Механізм управління ефективністю організації є важливою частиною Загального механізму управління ефективністю КНП «Берегівський центр ПМСД», який поєднує економічні, організаційні та стимулюючі механізми, а також інструменти, моделі, методи та прийоми, що їх впроваджують.

В експлуатаційному відношенні роботу над створеним движком можна розділити на кілька етапів, які об'єднуються в образні моделі. 3.3.

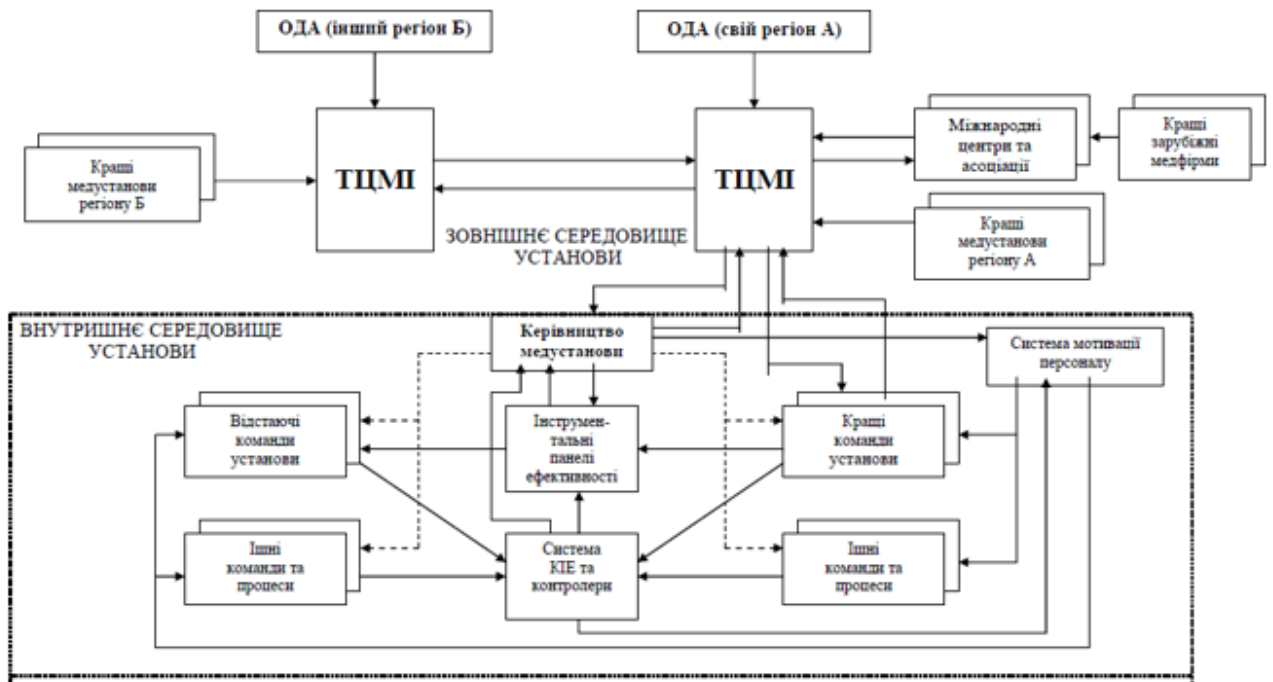


Рис. 3.2. Організаційний механізм управління ефективністю діяльності КНП «Берегівський центр ПМСД»

Примітка. Створено автором



Рис. 3.3. Операційна модель механізму управління ефективністю роботи КНП «Берегівський центр ПМСД»

Примітка. Створено автором

Кожен з описаних в бізнес-моделі етапів повинен виконуватися з використанням спеціальних методів різних типів, видів і видів використання. Серед основних способів використання формульованого механізму рекомендуються наступні: «методи побудови та організації роботи ефективної команди; мотиваційні методи – стимулювання до ефективної роботи; методи аналізу та оцінки ефективності - кілька метрів, аналіз операційного середовища (АЧС); методи прийняття рішень – мозковий штурм, раціональні методи, аналогічний метод, узагальнення управлінських рішень; методи управління ефективністю» [13].

Першим кроком є створення ефективної команди (відокремлених підрозділів) Центру первинної МСД м. Берегово, яке буде реалізовано за методикою командоутворення. При цьому необхідно враховувати специфіку роботи медичного відділення, перш за все, високу відповідальність і соціальну спрямованість колективу. Практичні аспекти реалізації даного етапу описані в наступному підрозділі дипломної роботи.

Другий етап – сприяння ефективній роботі. Вона має стійкий характер і досягається за допомогою мотиваційних методів. При виборі стимулів і засобів для ефективної роботи необхідно виявити основні мотивації кожної групи державних службовців. Для цього потрібне подальше емпіричне дослідження у вигляді спеціальної анкети (опитування) та аналізу отриманих результатів.

Третій етап полягає в розробці та впровадженні системи ключових показників ефективності (КРІ), які формують основу для моніторингу ефективності та прийняття управлінських рішень. Всі важливі аспекти роботи Центру здоров'я «Берегово», від яких залежить його ефективність, повинні контролюватися за допомогою спеціальних індикаторів.

Решта дев'ять етапів роботи повинні виконуватися на циклічній основі. «Вони складаються з трьох рівнів бенчмаркінгу: національного, секторального (регіонального) та міжнародного» [43].

Рекомендується збирати інформацію і представляти її керівнику за допомогою спеціального програмного забезпечення і пульта управління

керівника обслуговуючої компанії або окремого суб'єкта. Якщо немає можливості зчитувати показники роботи в автоматичному режимі, їх повинен взяти на себе спеціальний технічний фахівець, наприклад, технік. Відхилення від стандартів, виявлені в процесі аудиту, є основою для прийняття оперативних управлінських рішень щодо усунення проблем, що знижують ефективність діяльності компанії в цілому або її окремого підрозділу.

З сьомого по дев'ятий етап оцінка відносної ефективності, тобто на регіональному або секторальному рівні, діяльності закладу проводиться на основі трансфертного ціноутворення, основні функції якого були описані вище. Обласні медичні інформаційні центри також проводять десяту фазу – міжнародний бенчмаркінг, який надає сервісній компанії наступну інформацію:

- про українські та іноземні нормативні акти, використання прямих контактів та надання всієї необхідної інформації для прийняття кращого досвіду від компанії;
- маржа для зниження витрат і потенціал ефективності;
- рекомендації щодо підвищення операційної ефективності.

Інформація та рекомендації, які вони отримують від обласних медичних інформаційних центрів, враховуються керівництвом КНП «Берегівський центр ПМСД» та використовуються на дев'ятому етапі – при прийнятті рішень щодо підвищення ефективності. Завершується цей цикл десятою фазою: виконанням управлінських рішень.

Ось кілька прикладів можливих управлінських рішень для КНП «Берегівський центр ПМСД»: «реструктуризація комунального підприємства; організація режиму роботи комунального КНП «Берегівський центр ПМСД» або різних його підрозділів; скорочення або заміна працівників; безперервне навчання медичного персоналу та обслуговуючого персоналу; впровадження нової системи мотивації працівників; здача в оренду або продаж обладнання, що не використовується приміщень; модернізація технологій, обладнання, машин; впровадження передових методів та підходів до лікування та надання послуг пацієнтам енергетичної компанії» [43].

Реалізація кожного етапу механізму управління ефективністю діяльності комунальної некомерційної компанії «Берегівський центр первинної МСД» потребує методичних визначень, схем, підходів та рекомендацій, а також систематизації існуючих методів та інструментів у цій сфері та визначення послідовності процедур.

ВИСНОВКИ

Головною метою, важливим та обов'язковим елементом діяльності підрозділу ОЗ, є постійне та безперервне покращення ЯМП, що надаються політикою громадського здоров'я.

Зауважено, що організація інспекцій медичних виробів – це «комплекс контрольних заходів, які проводяться на організаційно-технологічних та завершальних етапах» [5]. Заходи зосереджені на відповідному поєднанні методів контролю та інструментів для отримання документації та обґрунтованої інформації, яка демонструє, що фінансова звітність ЗОЗ, як правило, не містить суттєвих помилок та неправильної інформації.

Для підрозділів ОЗ необхідний специфічний контроль, який враховує всі особливості діяльності у цій сфері, специфіку взаємодії з органами влади та умови соціального підприємства. «Результатом медичного аудиту є незалежний звіт про виконання стандартів надання допомоги громадянам та надійність наданої допомоги» [5].

Розвитку контролю в медичній сфері сприяє ряд пріоритетних факторів. Послаблення контролю за веденням комерційної діяльності в медицині призводить до порушень законодавства. Заклади ОЗ зацікавлені в надійності бюджету та реалістичній оцінці свого фінансового стану.

Проблема санітарного нагляду полягає у відсутності механізмів та експертів для проведення нагляду на справедливому рівні.

У зв'язку з реформуванням системи ОЗ, коли закладам ОЗ було надано адміністративну та фінансову автономію шляхом реорганізації та надано статус цілих одиниць економічної діяльності – спільних некомерційних підприємств у сфері ОЗ, питання проведення внутрішніх аудитів стало для них актуальним і тому потребує детального опрацювання.

В рамках теми було встановлено, що ВА у сфері медицини пройшов успішно. Об'єкти оцінюються за такими показниками: кількість планових перевірок, ключові рекомендації керівнику щодо оптимізації діяльності

компанії; відсоток виконаних рекомендацій; позитивні результати в діяльності компанії, досягнуті після виконання рекомендацій внутрішнього аудитора; частотність подання заявок на ІАС клієнтами послуг, менеджерами балансових фондів та керуючими компаніями; рівень задоволеності скаргами, що надходять до відділу ВА.

З метою підвищення якості, а значить і конкурентоспроможності МП в українських медустановах, рекомендується проводити щорічне клінічне обстеження. Рекомендується проводити щорічний контроль якості в медичному підрозділі. Така частота пов'язана з тим, що більшість втручань у стан здоров'я пацієнтів (моніторинг способу життя, вимірювання артеріального тиску, лабораторні аналізи, інструменти) повинні повторюватися щорічно відповідно до норм національних клінічних рекомендацій. Тому 12 місяців – це достатній термін для збору нових даних з амбулаторних записів, які використовуються для оцінки якості надання МД пацієнтам. Дані за попередній календарний рік аналізуються на початку наступного року.

Тривалість перевірки визначається окремо для кожного ЗОЗ та залежить від методу збору даних та рівня підготовки персоналу. Найбільшої об'єктивності клінічного контролю можна досягти, якщо він проводиться на основі інформації, критеріїв і показників якості, які відповідають розробленим і затвердженим керівником медичного відділу інгредієнтами.

Критерії якості повинні охоплювати всі елементи якості та спрямовувати досягнення цілей надання якісних МП. Тому з метою підвищення конкурентоспроможності ми пропонуємо систему контролю ЯМП в українських медичних закладах, засновану на комплексі якісних критеріїв та показників. Критерії якості детально визначаються для кожного відділу/підрозділу та для кожного працівника, виходячи з типу та обсягу наданої допомоги, стандартів монтажу та посадової інструкції.