

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

БАРКАТОВА Катерина Андріївна

**Моніторинг якості надання медичної допомоги в закладі
охорони здоров'я**

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

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзмхм-21
Баркатова К.А.

Науковий керівник:
д.е.н., професор Мельник А.Ф.

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«__»_____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-ІНСТИТУЦІЙНІ ТА МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ	
МОНІТОРИНГУ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	7
1.1. Поняття якості медичної допомоги, її основні характеристики та індикатори вимірювання	7
1.2. Моніторинг як іманентна складова системи управління якістю в закладі охорони здоров'я	16
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ЧИННОЇ ПРАКТИКИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ	
ДОПОМОГИ ТА МОНІТОРИНГУ ЇЇ ЯКОСТІ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ	
ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	25
2.1. Характеристика процесів надання медичної допомоги в досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	25
2.2. Моніторинг та оцінювання якості надання медичної допомоги в досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	33
РОЗДІЛ 3. ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ В	
МОНІТОРИНГ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В	
ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	45
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	59
ДОДАТКИ	65

ВСТУП

Актуальність проблеми. Проблема якості медичної допомоги сьогодні є однією з найважливіших у сфері охорони здоров'я. Систематичні скарги громадян свідчать про незадоволеність багатьох із них якістю медичного обслуговування, а впровадження медичної реформи та розвиток конкуренції між закладами охорони здоров'я робить її особливо гострою. Від якості медичної допомоги залежить якість життя як окремих людей, так і суспільства в цілому.

В умовах проведення медичної реформи важливим напрямком стратегічного розвитку закладів охорони здоров'я є створення конкурентних переваг шляхом забезпечення пацієнтів медичними послугами найвищої якості. Це вимагає перегляду діючих підходів до управління, зосередження на розробці, впровадженні, підтримці та постійному вдосконаленні системи якості. Здійснення цих завдань неможливе без реалізації однієї із важливих управлінських функцій – моніторингу якості. Особливого значення в цьому контексті набуває систематичне вивчення думки споживачів щодо якості медичної допомоги, яка їм надається, а також приведення її у відповідність до міжнародних стандартів.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Наукові здобутки українських вчених можна умовно розділити на такі групи: 1) дослідження, присвячені питанням функціональної діяльності закладів охорони здоров'я (В. Г. Акельма, В. І. Борщ, Л. І. Жаліло, Т. Л. Желюк, А. Ю. Жуковська, О. С. Кириченко, А. Ф. Мельник, В. Д. Парій, І. М. Солоненко, О. М. Сумець та М. М. Шкільняк); 2) роботи, в яких вивчаються різні напрямки моніторингу в сфері охорони здоров'я (І. В. Белікова, А. В. Костріков, О. В. Мотайло та Н. Р. Радченко); 3) наукові праці на тему управління якістю медичних послуг (О. М. Бергілевич, С. Бусел, В. Валах, В. В. Горачук, І. А. Дмитренко, В. В. Касянчук, В. Князькова, А. Г. Круть, І. С. Миронюк, О. М. Новічкова, Л. В. Приймак, О. Рудінська, В. А. Сміянов, О. І. Сміянова, В. І. Ткаченко, О. К. Толстанов та Р. В. Шевчук); 4) наукові статті, в яких досліджується контроль якості

медичних послуг (А. М. Аношко, Н. С. Башкірова, І. Л. Височина, С. М. Вовк, Т. В. Вовк, А. Миронов та Т. В. Чумаріна); 5) роботи, присвячені вивченню аудиту якості медичних послуг (Д. А. Арзянцева, В. І. Довгань та Н. П. Захаркевич); 6) дослідження, присвячені виробленню та вивченню індикаторів і показників якості медичної допомоги (В. М. Богомаз, О. Бойко, В. А. Гандзюк, Є. Л. Горох, Д. Д. Дячук, О. Л. Зюков, О. М. Ліщишина, О. М. Новічкова, А. В. Степаненко та О. Чабан); 7) наукові праці, в яких описується моніторинг якості медичної допомоги (Л. М. Бойко та Н. В. Коробчинська). Як видно із множини проаналізованих наукових праць найменшу кількість становлять роботи, в яких досліджується моніторинг якості медичних послуг в закладі охорони здоров'я, що актуалізує обрану тематику кваліфікаційної роботи.

Мета і завдання дослідження. Метою підготовки кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретико-методологічних підходів та вироблення практико-орієнтованих рекомендацій щодо удосконалення механізму моніторингу якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Досягнення поставленої мети в роботі зумовлює необхідність вирішення наступних теоретичних, методологічних та практичних **завдань**:

- дослідження поняття якості медичної допомоги, виокремлення її основних характеристик та індикаторів вимірювання;
- вивчення моніторингу як іманентної складової системи управління якістю в закладі охорони здоров'я;
- здійснення характеристики процесів надання медичної допомоги в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- проведення моніторингу та оцінювання якості надання медичної допомоги в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- розробка шляхів імплементації інноваційних підходів в моніторинг якості надання медичної допомоги в досліджуваному закладі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес моніторингу

якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є теоретичні, методичні та прикладні засади проведення моніторингу якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

У кваліфікаційній роботі в процесі проведення дослідження механізму та інструментів моніторингу якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я використано наступні **методи наукових досліджень**: 1) системний підхід – для трактування системи моніторингу як комплексу взаємозалежних підсистем, об'єднаних спільною метою; 2) функціональний підхід – для виокремлення основних функцій моніторингу якості медичної допомоги та дослідження функцій досліджуваного закладу охорони здоров'я; 3) структурний підхід – для вивчення організаційної структури досліджуваного закладу охорони здоров'я та для дослідження структури фінансування його діяльності; 4) тріада Донабедіана – для оцінювання якості медичної допомоги з трьох позицій (структури, процесу та результату); 5) метод узагальнення – для систематизації підходів до трактування поняття «якість медичних послуг» та для впорядкування множини трактувань поняття «моніторинг»; 6) метод класифікації – для систематизації видів моніторингу; 7) критеріальний метод – для визначення критеріїв та підкритеріїв задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг; 8) картографічний метод – для візуалізації Хмельницького госпітального округу та його госпітальних кластерів; 9) метод побудови алгоритмів – для формування алгоритму моніторингу пацієнтів та процесу надання медичних послуг; 10) метод анкетування – для проведення соціологічного опитування для комплексної оцінки задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я; 11) економіко-математичні методи – для розрахунку індикаторів якості медичної допомоги (індикаторів структури, процесу та результату) та розрахунку рівнів задоволеності пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я якістю і доступністю медичних послуг.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у подальшому

розвитку та удосконаленні теоретичних і методичних засад управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Практичне значення кваліфікаційної роботи полягає в тому, що запропонований в роботі інноваційний напрямок моніторингу якості медичних послуг – моніторинг задоволеності пацієнтів якістю й доступністю медичних послуг та методичні підходи до його проведення можуть бути використані в роботі КНП «Красилівська БЛ» КМР та інших медичних установ нашої держави.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей: на тему «Моніторинг як іманентна складова системи управління якістю в закладі охорони здоров'я» у збірнику тез доповідей V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» [2] (м. Тернопіль, 16 травня 2024 року) та на тему «Напрямки імплементації механізму стратегічного планування в практику управління розвитком закладів охорони здоров'я» у збірнику тез доповідей Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [20] (м. Тернопіль, 27 листопада 2024 року).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ІНСТИТУЦІЙНІ ТА МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ МОНІТОРИНГУ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Поняття якості медичної допомоги, її основні характеристики та індикатори вимірювання

Якість медичної допомоги є найважливішим питанням розвитку сфери охорони здоров'я в сучасних умовах: з одного боку – з'явилося і продовжує з'являтися багато нових методик діагностики та лікування, які, нерідко, є дуже дорогими; з іншого боку – лікарі продовжують використовувати традиційні методи лікування, які, часто, є застарілими, але від них не відмовляються через звички та досвід. Поєднання старих і нових методик найчастіше не призводить до додаткових позитивних ефектів, але значно збільшує вартість медичної допомоги. Вибір між новими або старими, дешевими чи дорогими методами лікування має бути орієнтований на досягнення певного результату, який, зазвичай, і мають на увазі, коли піднімають питання якості медичної допомоги.

Якість медичної допомоги є одним з найпоширеніших об'єктів вивчення і тим самим обговорення в управлінні охороною здоров'я. У науковій літературі з питань якості медичної допомоги сформувалося три основних підходи: «1) оцінка (експертиза) якості медичної допомоги – кваліметрія; 2) контроль якості медичної допомоги – кваліконтроль; 3) загальне забезпечення якості (управління якістю, менеджмент якості) медичної допомоги – кваліменеджмент» [8].

Говорячи про оцінку якості, необхідно виокремити два аспекти, що вимагають подальшого вивчення: 1) «що оцінювати?» – які елементи (компоненти, складові) медичної допомоги підлягають аналізу; 2) «як оцінювати?» – якою є методологія оцінки, що дозволяє найбільш об'єктивно оцінити обрані елементи (компоненти), хто проводить оцінку.

Проблема «що оцінювати» безпосередньо пов'язана із визначенням поняття якості медичних послуг. У науковій літературі дане поняття

розглядають як «складний і багатозначний індикатор, що характеризує ступінь відповідності медичної допомоги встановленим стандартам, критеріям та очікуванням і базується на об'єктивних і суб'єктивних оцінках різних сторін, таких, як: медичні працівники, пацієнти та заклади охорони здоров'я» [3]. Основні наукові підходи до характеристики поняття «якість медичної допомоги» наведено в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Основні підходи до трактування поняття «якість медичних послуг»

Підхід до трактування	Сутність підходу
Пацієнтоорієнтований підхід	Сконцентрований на задоволенні пацієнтів та врахуванні їхніх потреб та очікувань. Визначення якості виходить із задоволення та відчуття пацієнтів.
Підхід з клінічної точки зору	Орієнтований на досягнення клінічних результатів та ефективності лікування. Якість вимірюється на основі клінічних даних та медичних показників.
Підхід з точки зору безпеки	Зосереджений на запобіганні небажаних подій та помилок у медичних процедурах і догляді. Визначення якості базується на безпеці та надійності, включаючи відповідне використання процедур і контроль за лікарськими засобами.
Економічний підхід	Фокусується на оптимізації витрат та раціональному використанні ресурсів. Якість вимірюється на основі співвідношення користі і витрат.
Підхід з позиції доступності	Звертає увагу на доступність медичних послуг для всіх верств населення, включаючи фінансовий доступ та географічну доступність.

Примітка. Сформовано на основі [5; 8; 11; 38; 42; 46]

Аналіз визначень якості медичної допомоги, наведених у літературі, дозволяє виділити перелік характеристик, на які орієнтуються дослідники у спробах визначити сутність поняття: 1) відповідність сучасному рівню розвитку науки (професійних знань); 2) задоволення потреб (і очікувань) пацієнтів; 3) відповідність встановленим (або складеним) вимогам, стандартам; 4) оптимальне (ефективне) використання ресурсів; 5) відповідність досягнутого результату бажаному (очікуваному).

З визначень логічно випливає, що якість медичної допомоги та якість медичних послуг – різні за своєю суттю поняття, проте забезпечення якості медичної допомоги неможливе без забезпечення якості медичних послуг.

Медична допомога багатокомпонентна і дискретна, її можна розкласти на ряд технологічно не пов'язаних між собою послуг, об'єднаних лише місцем і часом їх надання (провести декомпозицію). Лікар оглянув хворого і зробив призначення, лабораторія здійснила і дослідила аналіз крові, медична сестра виконала процедури... Решту часу пацієнт знаходиться один на один із собою до наступного лікарського обходу чи сестринської процедури. Оцінюючи якість медичної допомоги, потрібно враховувати як якість кожного елемента медичної допомоги (послуги, маніпуляції або процедури), так і їх взаємозв'язок у часі та просторі.

Очевидно, що для практичної реалізації будь-якого підходу до визначення сутності якості, у тому числі медичної допомоги (тобто для оцінки якості), необхідні об'єктивні кількісні показники, на які можна було б орієнтуватися, – індикатори якості. Можна сказати, що якість – це дотримання стандартів, визначених системою індикаторів.

Оцінювати якість медичної допомоги прийнято з трьох позицій: оцінювання ресурсів, технологій та наслідків їх використання (Тріада Донабедіана) (рис. 1.1). Оцінюють ці три визначені компоненти якості медичної допомоги шляхом зіставлення зі стандартом. Визначають «три основні групи об'єктів якості: 1) ресурси (медичні та фармацевтичні заклади, інформаційні установи, кадри та їх кваліфікація, матеріально-технічне забезпечення); 2) процеси (лікувальні, діагностичні, профілактичні, реабілітаційні, організаційні та медичні технології); 3) наслідки медичних втручань (результати того чи іншого способу лікування захворювань, ефективність лікарської допомоги, соціально-економічні показники, що визначають ефективність профілактичних заходів та ін)» [11]. Цей підхід може бути теоретичною основою формування індикаторів якості, які мають відображати найбільш значущі елементи структури та процесу та ступінь досягнення бажаного результату.

Індикатори повинні відповідати декільком критеріям: «1) надійність – використання того самого процесу для розрахунку індикаторів призведе до

однакових результатів; 2) чутливість до змін – незначні зміни у системі охорони здоров'я негайно зумовлюють варіації в індикаторах; 3) простота в розрахунках – зусилля, витрачені на проведення розрахунків, реальні і не є стримуючим чинником; 4) випереджаючий (перспективний), у порівнянні зі сформованою медичною практикою, характер і, водночас, відповідність сучасному рівню матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я (враховувати баланс між бажаним та можливим); 5) бути відображенням якості медичної допомоги хворим із найбільш значущими захворюваннями, а в рамках кожного захворювання (синдрому, клінічної ситуації) – бути найбільш важливим з медичної, соціальної та економічної точки зору елементом лікувально-діагностичного процесу та сприяти досягненню результатів; 6) приналежність до тих явищ, які найбільше залежать від якості роботи медичних працівників (а не від інших чинників, які визначають стан здоров'я – спосіб життя, довкілля, спадковість)» [14].

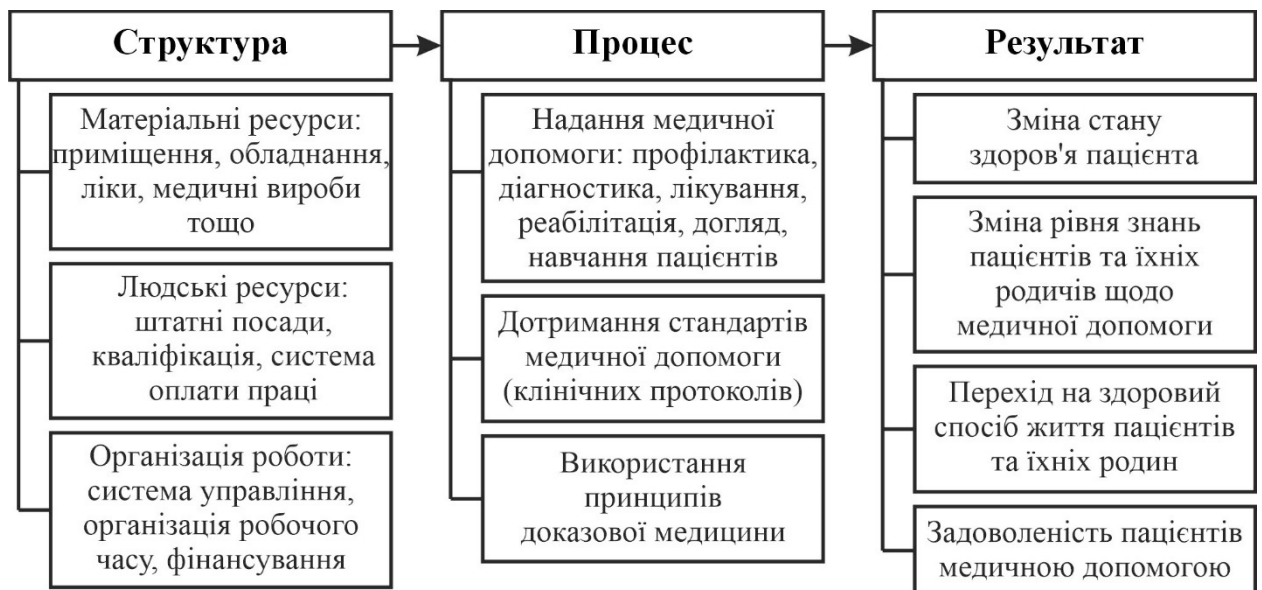


Рис. 1.1. «Тріада Донабедіана» як підхід до оцінювання якості медичних послуг

Примітка. Наведено за [14]

Через варіативність перебігу захворювань вимір правильності надання медичної допомоги за допомогою індикаторів якості медичної допомоги лише опосередковано відбиває її (оскільки уявлення про ефективність обраних

індикаторів здебільшого засновані на гіпотезі, а чи не на результатах наукових досліджень про), тому дозволяє робити однозначні висновки про якість медичної допомоги, проте цінність індикаторів полягає в їхній здатності ідентифікувати ділянку, де трапляються системні помилки.

Для оцінки якості надання медичної допомоги зазвичай використовують такі індикатори: індикатори структури; індикатори медичних процесів; індикатори результатів. Індикатори структури кількісно оцінюють потенційні можливості медичного суб'єкта (закладу охорони здоров'я або медичного працівника) надавати медичну допомогу, що відповідає його функціям. При цьому аналізується ресурсна база: фінансове, кадрове та матеріально-технічне забезпечення, умови перебування пацієнтів тощо. Індикатори цього типу можуть бути використані на будь-якому рівні системи охорони здоров'я: галузі, території, окремого закладу охорони здоров'я. На оцінку структури спрямовані заходи щодо ліцензування медичної діяльності.

У табл. 1.2 наведено приклади індикаторів якості медичної допомоги, що характеризують структурні компоненти медичної технології.

Таблиця 1.2

Індикатори структури в процесі оцінювання якості медичної допомоги

№ з/п	Назва індикатора	Формула для розрахунку
1	2	3
1.	Частка санаторно-курортних установ, які мають бальнеологічний висновок або біокліматичний паспорт, %	$(\text{Кількість санаторно-курортних установ, які мають бальнеологічний висновок або біокліматичний паспорт} / \text{Загальна кількість санаторно-курортних установ}) \times 100\%$
2.	Частка медичних організацій, у яких є вихід до Інтернету, %	$(\text{Кількість медичних організацій, у яких є вихід в Інтернет} / \text{Загальна кількість медичних організацій}) \times 100\%$
3.	Частка стаціонарів, у яких є формулярна комісія, %	$(\text{Кількість стаціонарів, у яких є формулярна комісія} / \text{Загальна кількість стаціонарів}) \times 100\%$
4.	Частка страхових компаній, які мають ліцензію на експертизу якості медичної допомоги (ЯМД) серед усіх страхових компаній, %	$(\text{Кількість страхових компаній, які мають ліцензію на експертизу ЯМД} / \text{Загальна кількість страхових компаній}) \times 100\%$
5.	Забезпеченість населення сімейними лікарями в амбулаторно-поліклінічній мережі (фактична), на 10 000 населення	$(\text{Кількість фізичних осіб – основних працівників (сімейних лікарів) на зайнятих посадах} / \text{Середньорічна})$

1	2	3
		чисельність населення) x 10 000
6.	Забезпеченість населення середнім медичним персоналом, який працює з сімейними лікарями в амбулаторно-поліклінічних установах (АПУ) (фактична), на 10 000 населення	(Кількість фізичних осіб – основних працівників (середнього медичного персоналу в АПУ) на зайнятих посадах / Середньорічна чисельність населення) x 10 000
7.	Забезпеченість населення лікарями загальної практики (фактична) на 10 000 населення	(Кількість фізичних осіб основних працівників (лікарів загальної практики) на зайнятих посадах / Середньорічна чисельність населення) x 10 000
8.	Укомплектованість фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів), %	(Кількість фізично зайнятого середнього медичного персоналу у ФАПів / Число штатних посад середнього медичного персоналу у ФАПів) x 100%
9.	Забезпеченість населення ліжками у денних стаціонарах (всіх типів), на 10000 населення	(Загальна кількість ліжок денних стаціонарів (всіх типів) на кінець року / Середньорічна чисельність населення) x 10 000
10.	Укомплектованість штатних посад лікарів у стаціонарних установах соціального обслуговування, %	(Кількість фізично зайнятих лікарів у стаціонарних установах соціального обслуговування / Число штатних посад лікарів у стаціонарних установах соціального обслуговування) x 100%
11.	Забезпеченість населення місцями у стаціонарних установах соціального обслуговування (всіх типів), на 10 000 населення	(Загальна кількість ліжок у стаціонарних установах соціального обслуговування (всіх типів) / Середньорічна чисельність населення) x 10 000
12.	Співвідношення витрат на амбулаторну та стаціонарну допомогу	Усі витрати за державними джерелами фінансування на амбулаторну допомогу, грн. / Усі витрати за державними джерелами фінансування на стаціонарну допомогу, грн.
13.	Фінансування на одну особу, грн.	Усі витрати по державним джерелам фінансування протягом року, грн. / Середньорічна чисельність населення

Примітка. Сформовано на основі [3; 14; 17; 29; 45]

Індикатори процесів використовуються для оцінки правильності ведення пацієнтів у певних клінічних ситуаціях (при профілактиці, діагностиці, лікуванні та реабілітації).

В процесі оцінювання процесу надання медичної допомоги аналізується:

1. Правильність організації роботи системи охорони здоров'я на різних рівнях на основі нормативно-правових актів та стандартів акредитації (тривалість очікування консультації спеціаліста, графік планових операцій, час

очікування онкологічними хворими початку лікування від моменту постановки діагнозу).

2. Дотримання медичних технологій, зокрема обов'язкові діагностичні, інструментальні методи досліджень та лікувальні заходи, передбачені затвердженими у встановленому порядку державними стандартами медичної допомоги, клінічними рекомендаціями, планами ведення хворих (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Індикатори процесу в ході оцінювання якості медичної допомоги

№ з/п	Назва індикатора	Формула для розрахунку
1	2	3
1.	Кількість сеансів гемодіалізу, на 100 000 населення	$(\text{Кількість сеансів гемодіалізу} / \text{Середньорічна чисельність населення}) \times 100\,000$
2.	Кількість випадків перебування дітей у листку очікування трансплантації нирки понад 3 роки, абс. чи 100 000 населення	Кількість випадків перебування дітей у листку очікування трансплантації нирки понад 3 роки, абс. чи 100 000 населення
3.	Охоплення хворих на хронічний мієлолейкоз терапією іматинібом, %	$(\text{Кількість хворих на хронічний мієлолейкоз, які отримують терапію іматинібом} / \text{Загальна кількість хворих на хронічний мієлолейкоз}) \times 100\%$
4.	Частка запущених випадків раку молочної залози (РМЗ), %	$(\text{Кількість випадків РМЗ, виявлених на 3-4-й стадії} / \text{Загальна кількість діагностованих випадків РМЗ}) \times 100\%$
5.	Своєчасність постановки на облік вагітних, %	$(\text{Кількість жінок, взятих на облік до 12 тиж. вагітності} / \text{Загальна кількість жінок, які перебували на обліку у зв'язку з вагітністю та пологами}) \times 100\%$
6.	Питома вага народжених живими дітей з низькою та дуже низькою вагою, %	$(\text{Кількість народжених живими дітей з низькою та дуже низькою вагою} / \text{Загальна кількість народжених живими}) \times 100\%$
7.	Кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку	$(\text{Кількість абортів} / \text{Кількість жінок фертильного віку}) \times 1\,000$
8.	Кількість кесаревих розтинів (КР) на 100 пологів	$(\text{Кількість КС} / \text{Число прийнятих пологів}) \times 100$
9.	Кількість випадків еклампсії на 1000 вагітних (частота еклампсії)	$(\text{Кількість випадків еклампсії} / \text{Кількість жінок, які стоять на обліку у зв'язку з вагітністю та пологами}) \times 1000$
10.	Частота остеомієліту (як ускладнень після травми), на 1 000 хворих, які спостерігалися щодо травм	$(\text{Кількість випадків остеомієліту} / \text{Число хворих, що спостерігалися з приводу травм верхніх та нижніх кінцівок}) \times 1000$
11.	Частота внутрішньо лікарняної інфекції (ВЛІ), на 1 000 госпіталізованих	$(\text{Кількість випадків виявленої ВЛІ} / \text{Загальна кількість госпіталізованих хворих}) \times 1000$
12.	Забезпеченість	Забезпеченість протитуберкульозними

1	2	3
	протитуберкульозними препаратами 1-2-го ряду в закладі охорони здоров'я	препаратами 1-2-го ряду в закладі охорони здоров'я
13.	Забезпеченість хворих на гемофілію факторами IX і VIII	Число одиниць факторів IX та VIII (по особний облік)
14.	Частка ВІЛ-інфікованих осіб, які отримують противірусні препарати, %	(Кількість ВІЛ-інфікованих, які отримують противірусні препарати / Загальна кількість зареєстрованих хворих на ВІЛ-інфекцію) x 100%
15.	Частота виявлення випадків забутих сторонніх тіл в операційній рані на 1 000 операцій	(Кількість виявлених випадків забутих сторонніх тіл в операційній рані / Загальна кількість проведених оперативних втручань) x 1 000
16.	Середня тривалість перебування хворого у санаторії, дні	Середня тривалість перебування хворого у санаторії, дні
17.	Частка викликів швидкої медичної допомоги (ШМД) щодо епілепсії у загальній структурі викликів, %	(Кількість викликів ШМД з приводу епілепсії / Загальна кількість викликів ШМД) x 100%
18.	Час доїзду бригади швидкої медичної допомоги (ШМД) з моменту виклику, хв.	Середній час доїзду бригади ШМД з моменту виклику, хв.
19.	Виконання квот на дороговартісну медичну допомогу по регіону, %	(Кількість випадків направлення пацієнтів за квотами для надання дороговартісних видів допомоги / Загальна кількість виділених квот на регіон) x 100
20.	Частота патолого-анатомічних розтинів за окремими групами померлих, на 100 померлих із відповідної групи	(Кількість розтинів померлих оперованих хворих / Загальна кількість померлих оперованих хворих) x 100 (Кількість розтинів померлих вагітних і породіль / Загальна кількість померлих вагітних, і породіль) x 100 (Кількість розтинів померлих від інфекційних захворювань плодів, мертвонароджених, новонароджених, дітей та підлітків / Загальна кількість померлих від інфекційних захворювань плодів, мертвонароджених, новонароджених, дітей та підлітків) x 100

Примітка. Сформовано на основі [3; 14; 17; 29; 45]

Індикатори результату оцінюють ступінь виконання поставлених завдань та досягнення намічених цілей на кожному етапі надання медичної допомоги (табл. 1.4).

Отже, підсумовуючи проведене теоретичне дослідження слід зазначити, що індикатори якості медичної допомоги є узгодженим показником, яким

можна оцінити стан системи надання медичної допомоги.

Таблиця 1.4

Індикатори результату в процесі оцінювання якості медичної допомоги

№ з/п	Назва індикатора	Формула для розрахунку
1	2	3
1.	Первинний вихід на інвалідність серед дітей, на 10 000 дитячого населення	(Кількість дітей-інвалідів віком до 17 років включно з вперше встановленою інвалідністю / Середньорічна чисельність дитячого населення віком до 17 років включно) x 10 000
2.	Кількість хворих на лімфогранулематоз, які прожили 5 років з моменту постановки діагнозу, на 100 хворих	(Кількість хворих на лімфогранулематоз, які прожили 5 років з моменту постановки діагнозу / Загальна кількість хворих на лімфогранулематоз) x 100
3.	Кількість хворих, які прожили більше 5 років з моменту встановлення діагнозу РМЗ, на 100 хворих	(Кількість хворих, які прожили більше 5 років з моменту встановлення діагнозу РМЗ / Загальна кількість хворих з діагностованим РМЗ) x 100
4.	Материнська смертність	(Кількість жінок, що померли в період вагітності, під час пологів і протягом 42 діб після пологів включно / Загальна кількість народжених живими дітей) x 100 000
5.	Смертність жінок внаслідок акушерських операцій, на 100 жінок	(Кількість жінок, які померли після проведення акушерських операцій у стаціонарі / Загальна кількість жінок, яким провели акушерські операції у стаціонарі) x 100
6.	Перинатальна смертність	(Кількість померлих новонароджених у віці 0-6 діб. ± кількість народжених мертвими / Загальна кількість народжених живими та мертвими) x 1000
7.	Смертність від активних форм туберкульозу	(Кількість померлих від активного туберкульозу / Середньорічна чисельність населення) x 1000
8.	Смертність від ускладнень анестезіологічної допомоги під час оперативного втручання на 1000 операцій	(Кількість випадків смерті через ускладнення анестезіологічної допомоги під час оперативного втручання / Загальна кількість оперативних втручань) x 1000
9.	Частота ускладнень, пов'язаних із встановленням центральних судинних катетерів, на 1000 маніпуляцій	(Кількість зареєстрованих ускладнень, пов'язаних із встановленням центральних судинних катетерів / Загальна кількість відповідних маніпуляцій) x 1000
10.	Кількість задоволених судових позовів з питань надання медичної допомоги, абс. або на 100 000 населення або на 100 позовів	Кількість задоволених судових позовів з питань надання медичної допомоги, абс. або на 100 000 населення або на 100 позовів
11.	Лікарняна летальність, що на 100 вибули зі стаціонару	(Кількість померлих у стаціонарі / Загальна кількість хворих, які вибули зі стаціонару (є сумою виписаних зі стаціонару та

1	2	3
		померлих у стаціонарі)) x 100
12.	Летальність хворих, доставлених до стаціонару за екстреними хірургічними показами (всього), на 100 госпіталізованих	(Кількість померлих хворих з гострою хірургічною патологією (оперованих та неоперованих) / Загальна кількість хворих, що надійшли до стаціонару за екстреними хірургічними показами) x 100

Примітка. Сформовано на основі [3; 14; 17; 29; 45]

Індикатори дозволяють моніторити реалізацію програм з підвищення якості медичної допомоги за пріоритетними напрямками. Застосування індикаторів якості медичної допомоги дає змогу забезпечити безперервний контроль якості медичної допомоги в період між прийняттям управлінських рішень.

1.2. Моніторинг як іманентна складова системи управління якістю в закладі охорони здоров'я

Ефективне управління складною та динамічною системою, прогнозування її змін можливе лише на основі збору та аналізу безперервного потоку інформації про її стан, а також закономірності всієї сукупності процесів, що протікають у ній. Тому для дієвого та якісного управління будь-якими процесами необхідне постійне, в режимі реального часу, спостереження та стеження за станом системи. Так, на сьогоднішній день найбільш важливим інструментом спостереження, аналізу та прогнозування, а також чинником у прийнятті обґрунтованих та найефективніших рішень є система моніторингу.

Оскільки моніторинг є досить складним та неоднозначним явищем доцільно розглядати його з позиції системного та процесного підходу. У цій кваліфікаційній роботі ми розглядаємо поняття «моніторинг» з позиції системного підходу.

Системний підхід передбачає розгляд моніторингу як єдиної системи, цілісного комплексу взаємозалежних елементів, що реалізують спільні функції. У рамках системного підходу визначаються основні риси, цілі,

завдання, принципи та сутність моніторингу. Системний підхід дозволяє трактувати систему моніторингу як комплекс взаємозалежних підсистем, об'єднаних спільною метою, розкрити його функції і, навіть, виділити основні класифікаційні ознаки.

Літературний огляд з даної проблематики дозволив виокремити ряд визначень, що дають змогу обґрунтувати теоретичні засади моніторингу як цілісного та достатньо самостійного науково-практичного явища. У таблиці 1.5 подано визначення поняття «моніторинг» з точки зору різних авторів.

Таблиця 1.5

Трактування поняття «моніторинг» різними авторами

ПІБ автора	Характеристика поняття
Белобородова М. В., Олійник Т. І.	<i>Моніторинг</i> – «система постійних спостережень, оцінки та прогнозу змін стану будь-якого природного, соціального та ін. об'єктів» [3].
Бойко Л. М.	<i>Моніторинг</i> – «1) спостереження, оцінка та прогноз стану довкілля у зв'язку із господарською діяльністю людини; 2) систематичне спостереження за будь-яким процесом з метою зафіксувати відповідність (або невідповідність) результатів цього процесу первісним очікуванням» [6].
Горачук В. В.	<i>Моніторинг</i> – «система збору даних про складні явища, процеси, які описуються за допомогою певних ключових показників, що дозволяють діагностувати стан об'єкта дослідження, оперативно відстежувати тенденції та динаміку змін, що відбуваються в ньому, і на цій основі приймати оптимальні управлінські рішення» [11].
Коробчинська Н. В.	<i>Моніторинг</i> – «це спостереження, оцінка, аналіз та прогнозування стану окремих процесів, а також природного та суспільного середовища» [19].
Миронюк І. С., Новічкова О. М.	<i>Моніторинг</i> – «безперервне спостереження за економічними об'єктами, аналіз їхньої діяльності як складова управління» [27].
Рогачевський О. П.	Моніторинг – «це технологія спостереження та аналізу змін об'єкта управління, що характеризується сталістю, регулярністю здійснення протягом усього управлінського циклу» [38].
Чабан О., Бойко О.	Моніторинг – «це спеціально організоване систематичне спостереження за станом явищ і процесів з метою їх оцінки, контролю та прогнозування» [45].

Примітка. Сформовано автором на основі [3; 6; 11; 19; 38; 45]

Аналіз множини визначень поняття «моніторинг», представлених в табл. 1.5, показав, що спільним для всіх наведених підходів є виділення в якості вихідного елементу моніторингу спостереження.

Відмінності в підходах до трактування даного поняття виявляються у деталізації основних компонентів, що використовуються авторами, що визначають зміст моніторингу. Рис. 1.2 ілюструє найхарактерніші варіанти такої деталізації.



Рис. 1.2. Зміст поняття «моніторинг»

Примітка. Сформовано автором на основі [19]

Важливість моніторингу визначається його функціями. На наш погляд, до таких функцій належать наступні:

1) інформаційна функція – спрямована на отримання та розповсюдження інформації, її обробку та надання користувачам. Ця функція виступає як інтегруюча, дозволяє сформувати базу даних для аналізу та прогнозування стану об’єкта моніторингу та його розвитку;

2) аналітично-оцінювальна – передбачає аналіз зібраної інформації, дозволяє розкрити причинно-наслідкові зв’язки, що відображають стан та тенденції розвитку керованого об’єкта або системи. Аналіз результатів безпосередньо пов’язаний з оцінюванням – ставленням до фактичного результату, здійснення якого можливе завдяки порівнянню досягнутих показників із встановленими нормативами. Дані, отримані за допомогою зіставлень, порівнянь, класифікації, є основою для встановлення зв’язків і залежностей, пошуку та знаходження причин тих чи інших відхилень та невдач;

3) контролююча функція – дана функція полягає у постійному відстеженні отриманих результатів та порівнянні їх із вихідними даними, а

також контролі виконання запланованих заходів та завдань;

4) прогностична функція – пов’язана з можливістю на основі якісної моніторингової інформації достовірно подати загальну картину розвитку явища, що спостерігається, об’єкта або системи в перспективі і, таким чином, науково обґрунтовано розробити стратегічна та тактичні плани перетворення того чи іншого процесу;

5) системоутворююча функція – дії, які створюють з окремих елементів систему, що має необхідну системну властивість і забезпечує досягнення системного ефекту, результату. Забезпечує цілісність, єдність та стійкість всіх елементів керованого об’єкта.

Якість реалізації функцій моніторингу забезпечується дотриманням науково обґрунтованих вимог та принципів, до яких слід віднести:

- цілеспрямованість – моніторинг має бути націлений на вирішення конкретних управлінських завдань;
- достовірність – використання інформаційних даних та системи моніторингових показників (індикаторів), що найбільш повно та достовірно характеризують досліджуване явище, об’єкт чи систему;
- оперативність – орієнтація на скорочення часу збору та обробки інформації з метою можливості прийняття екстрених рішень, якщо того вимагає ситуація;
- систематичність – здійснення моніторингу протягом більш менш тривалого терміну з певними інтервалами збору інформації;
- комплексність – одночасне відстеження динаміки показників, що характеризують різні сторони розвитку;
- валідність – засоби діагностики повинні охоплювати головні аспекти явища, що вивчається, і дозволяти виносити однозначні судження саме про той параметр, який досліджувався, спостерігався;
- професіоналізм – цей принцип означає залучення до моніторингової діяльності фахівців, які мають спеціалізовані, професійні знання та досвід;
- плановість – необхідно по можливості чітко планувати

моніторингову діяльність, розробити та затвердити програму із зазначенням етапів та термінів проведення моніторингу.

Дотримання в ході моніторингу даних принципів сприяє найбільш повному і всебічному дослідженню, в результаті якого уявлення та знання про об'єкт стає адекватними та істинними.

Таким чином, поставивши за мету проаналізувати поняття «моніторинг», а також вивчити основні його теоретичні аспекти, ми отримали взаємно підтверджуючі та взаємодоповнюючі дані, і, виходячи з усього вищевикладеного, нами було сформульовано власне визначення поняття «моніторинг». На наш погляд, моніторинг – це складна інформаційно-аналітична система безперервного спостереження, збору, обробки та дослідження інформації про стан об'єкта, його функціонування та розвиток протягом певного періоду часу, що створюється та регулюється суб'єктами моніторингу з метою забезпечення повної, своєчасної та достовірної інформації та відповідної організації ефективного функціонування та розвитку керованого об'єкта. Запропоноване визначення не лише розкриває зміст системи моніторингу, але й чітко фіксує його основні складові (рис. 1.3).

Рис. 1.3 показує, що основними складовими системи моніторингу є: «1) предмет – сукупність процесів і явищ, і навіть стан об'єкта, його функціонування та розвитку протягом певного періоду часу; 2) методи – опитування, аналіз документів, спостереження, експеримент, анкетування, інтерв'ю; 3) завдання – збирання, обробка та дослідження інформації; 4) мета – організація ефективного функціонування та розвитку керованого об'єкта та його елементів; 5) об'єкт – об'єкт, на який спрямовані конкретні моніторингові процедури; 6) суб'єкт – носії моніторингових функцій цього об'єкта. Таким чином, основні елементи системи моніторингу, що представлені на рис. 1.2. визначають його зміст, взаємопов'язані між собою та обумовлюють один одного» [19].

Популярним у науці інструментом вивчення складних явищ та об'єктів (до них, безумовно, відноситься і моніторинг) є класифікації. Незважаючи на

значні теоретичні напрацювання в галузі дослідження моніторингу, на даний момент не створено загальноприйнятої системи класифікації різних його видів.

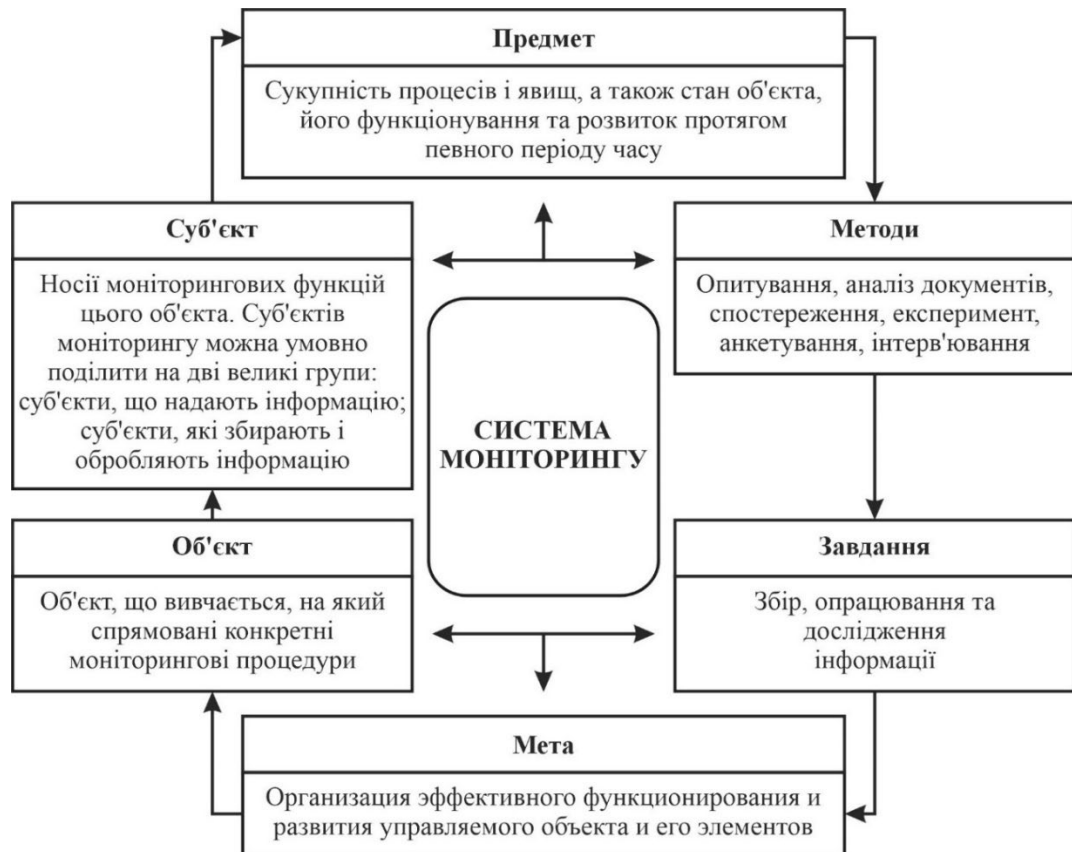


Рис. 1.2. Складові елементи системи моніторингу

Примітка. Наведено за [6]

Аналіз наукової літератури дозволив нам систематизувати підходи до класифікації видів моніторингу (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

Класифікація видів моніторингу

№ з/п	Критерії класифікації	Види моніторингу
1	2	3
1.	За предметом дослідження	– соціально-економічний; – екологічний; – освітній; – медичний та ін.
2.	За масштабами використання	– тотальний; – проблемно-орієнтований;
3.	За ступенем конфіденційності	– відкритий; – закритий;

1	2	3
4.	За періодичністю проведення	– безперервний; – дискретний;
5.	За способом збору, обробки та аналізу вихідних даних та інформації	– експертний; – аналітичний;
6.	За типом оцінки параметрів системи дослідження	– кількісний; – якісний;
7.	За спрямованістю дослідження	– зовнішній; – внутрішній; – змішаний;
8.	За характером дослідження	– стратегічний; – тактичний.

Примітка. Сформовано автором на основі [6; 19; 45]

Кожен із представлених в табл. 1.6 видів моніторингу має свої особливості. Розглянемо детально специфіку здійснення моніторингу в сфері охорони здоров'я, зокрема в процесі надання медичних послуг.

Моніторинг медичних послуг може включати кілька етапів: 1) вхідний – при прийомі пацієнта; 2) проміжний – моніторинг, який визначає якість основного та додаткового обстеження; 3) клініко-консультаційний аналіз – моніторинг етапів обстеження та лікування, аналіз медичної документації; 4) вихідний – перевірка історії хвороби пацієнта під час його виписки, оцінка результатів проведеного лікування та даних рекомендацій для подальшого лікування чи спостереження лікарем за місцем проживання пацієнта.

Алгоритм моніторингу пацієнтів та процесу надання медичних послуг представлений рис. 1.3. З рис. 1.3 видно, що порядок проведення моніторингу медичної допомоги в закладах охорони здоров'я починається з прийому пацієнта та закінчується його випискою. Такий моніторинг включає різні види дій: лікарський огляд пацієнта, фізикальний, лабораторний, функціональний, інструментальний, консультативний, статистичний та інші огляди.

В табл. 1.3 представлений порядок проведення моніторингу медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Таблиця 1.3

Порядок проведення моніторингу медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

№ з/п	Моніторинг	Входи	Виходи	Записи	Періодичність моніторингу	Відповідальний виконавець
1.	Моніторинг документів пацієнта	Направлення для отримання спеціалізованої медичної або високо-технологічної медичної допомоги	Госпіталізація у заклад охорони здоров'я	Реєстрація прийому пацієнтів у заклад охорони здоров'я	Проводить одноразово під час госпіталізації пацієнта	Зав відділенням, лікуючий лікар, старша медична сестра відділення
2.	Огляд пацієнта	Історія хвороби – перший лікарський огляд, щоденний огляд пацієнта, спільний огляд із зав відділенням	План обстеження і лікування, щоденні записи в історії хвороби, результати спільного огляду пацієнта із зав відділенням	Первинний лікарський огляд, обґрунтування діагнозу, план обстеження та лікування. Спільні обходи із зав відділенням	Первинний огляд протягом 3 год. після госпіталізації, далі – запис лікуючим лікарем в історії хвороби пацієнта не менше 2 раз на тиждень, зав відділенням – і раз протягом лікування	Лікуючий лікар, зав відділенням
3.	Обстеження пацієнта	Напрями на клініко-біохімічне, бактеріологічне, бронхологічне, молекулярно-генетичне, патоморфологічне обстеження	Результати аналізів та висновки лікарів діагностичних служб та клініко-бактеріологічної лабораторії	Історія хвороби, заключення лікарів – спеціалістів, консультантів	Відповідно до затверджених протоколів	Лікар-лаборант, лікар-спеціаліст, медична сестра
4.	Клініко-консультаційний аналіз	Історія хвороби з результатами обстежень (через 3-4 тижні після госпіталізації)	Протокол рішення відповідної лікарської комісії	Корекція плану лікування та уточнення діагнозу, Призначення додаткового обстеження при необхідності	Протягом 3-4 тижнів після надходження, після отримання результатів аналізів, даних обстеження та дообстеження	Голова лікарської комісії
5.	Моніторинг документів при виписці	Історія хвороби	Заключний епікриз, листок непрацездатності	Заключний епікриз з рекомендаціями лікаря для подальшого спостереження та лікування.	1 раз при виписці пацієнта	Лікуючий лікар, зав відділенням, лікар-експерт, заступник директора закладу
6.	Аналіз процесу моніторингу	Історія хвороби	Акт медичної експертизи	Протокол відділу якості. Історія хвороби здається до архіву	Після виписки хворого зі стаціонару	Керівник МСЕК, лікар експерт, статист

Примітка. Сформовано автором на основі [6; 19; 45]

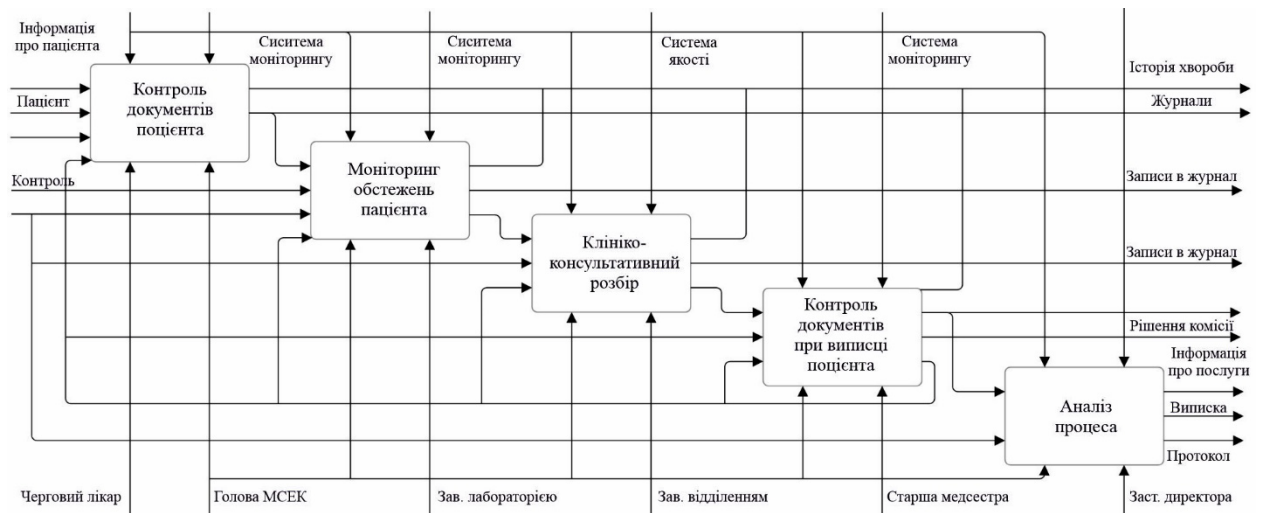


Рис. 1.3. Алгоритм процесу моніторингу пацієнтів та процесу надання медичних послуг

Примітка. Наведено за [27]

Підсумовуючи проведений теоретичний аналіз можна зробити висновок, що моніторинг є досить складним феноменом, який носить міждисциплінарний характер. Моніторинг може бути розглянутий як інформаційна, діагностична, контролююча система, реалізація якої здійснюється у межах будь-якої управлінської діяльності. Для кожної із сфер діяльності моніторинг має свої особливості. Також важливо відзначити, що моніторинг є ефективним управлінським інструментом як на довгострокову і середньострокову, так і короткострокову перспективу.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ЧИННОЇ ПРАКТИКИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МОНІТОРИНГУ ЇЇ ЯКОСТІ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Характеристика процесів надання медичної допомоги в досліджуваному закладі охорони здоров'я

КНП «Красилівська БЛ» КМР (Комунальне некомерційне підприємство «Красилівська багатoproфільна лікарня» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області) є «лікарняним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної/спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом» [40] (Додаток А).

КНП «Красилівська БЛ» КМР увійшла до складу спроможної мережі закладів охорони здоров'я Хмельницького госпітального округу як загальна багатoproфільна лікарня (рис. 2.1).

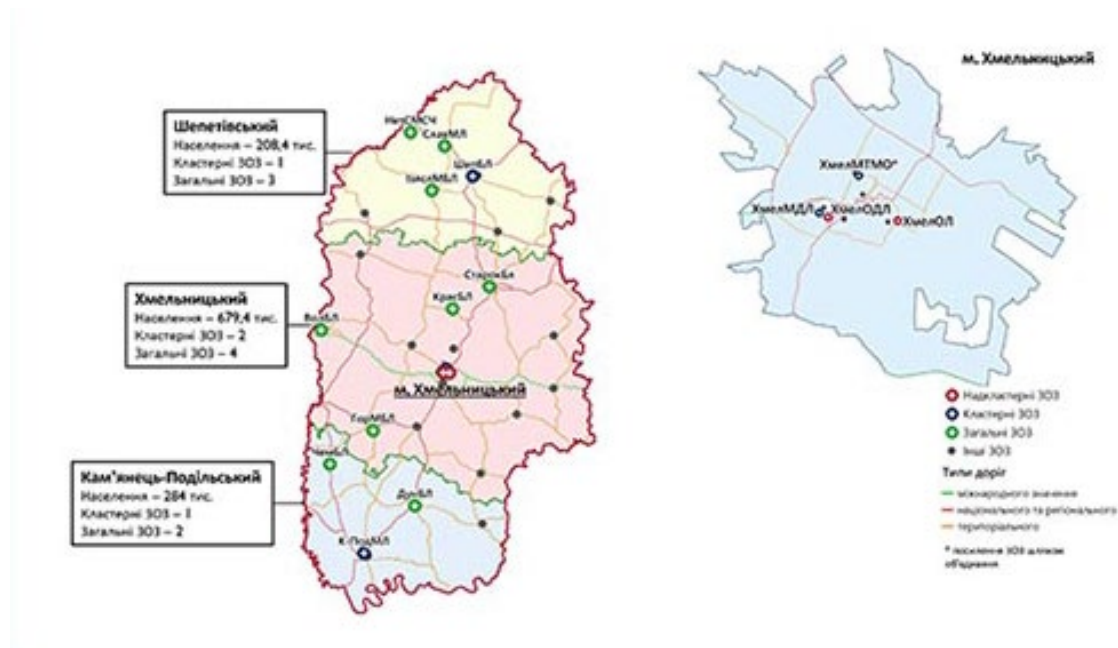


Рис. 2.1. Карта Хмельницького госпітального округу та госпітальних кластерів

Примітка. Наведено за [30]

В структурі КНП «Красилівська БЛ» КМР функціонує консультативно-діагностична поліклініка на 291 відвідування в зміну та стаціонар на 214 (на період дії військового стану розгорнуто 300) ліжок цілодобового перебування.

Таблиця 2.1

Показники діяльності КНП «Красилівська БЛ» КМР щодо надання медичної допомоги пацієнтам у 2020-2022 рр.

Основні показники діяльності / роки	2020	2021	2022
Кількість ліжок	214	214	214
Зайнятість ліжка – днів у році	229,6	264,2	251,2
Середня тривалість перебування на ліжку - днів	9,4	9,6	8,6
Обіг ліжка	24,6	27,7	29,2
Летальність	3,8	5,7	3,3
Питома вага сільського населення	49,5	48,3	47,9
Хірургічна активність	57,8	42,8	50,8
Післяопераційна летальність	0,48	0,49	0,48

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Красилівська БЛ» КМР

Спеціалізована медична допомога надається населенню колишнього Красилівського та інших районів згідно визначених ДОЗ Хмельницької ОВА маршрутів пацієнта. Максимальний радіус обслуговування складає 60 км з орієнтовною кількістю населення – 48,8-60 тис. осіб.

Структурні підрозділи, кількість працівників та кількість ліжок стаціонару КНП «Красилівська БЛ» КМР представлена в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Структурні підрозділи, кількість працівників та кількість ліжок стаціонару КНП «Красилівська БЛ» КМР станом на 07.04.2023 р.

Назва структурного підрозділу	Кількість штатних посад	Кількість фізичних осіб		Кількість ліжок стаціонару
		всього	з них лікарів	
1	2	3	4	5
Адміністрація	6,0	6	3	
Відділ кадрів	1,5	1	0	
Інформаційно-аналітичний відділ	7,5	6	1	
Бухгалтерсько-економічний відділ	8,5	9	0	
Інженерний відділ	3,0	3	0	
Консультативно-діагностична поліклініка	87,5	76	28	
Відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги	26,5	22	3	9 позаліжковий фонд

1	2	3	4	5
Відділення анестезіології та інтенсивної терапії	24,5	21	5	6 позаліж- ковий фонд
Акушерсько-гінекологічне відділення	43,25	37	5	44 (34)
Інфекційне відділення	24,0	23	2	35 (20)
Терапевтичне відділення	16,0	15	2	40 (30)
Кардіологічне відділення	15,0	14	2	40 (25)
Неврологічне відділення	16,0	14	2	40 (30)
Педіатричне відділення	13,75	12	1	27 (25)
Хірургічне відділення	23,75	20	4	49 (35)
Ортопедо-травматологічне відділення	17,0	16	3	25 (15)
Операційний блок	11,0	10	0	
Відділення трансфузіології, заготівлі та переробки крові	5,75	3	0	
Патологоанатомічний відділ	2,5	2	0	
Клінічна лабораторія з бактеріологічним відділом	27,5	25	3	
Рентгенологічне відділення	17,5	17	5	
Кабінети: функціональної діагностики, ультразвукової діагностики, ендоскопії	11,75	11	5	
Фізіотерапевтичне відділення	14,0	11	2	
Аптечний відділ	3,25	3	0	
Загально-лікарняний персонал	4,0	4	3	
Стерилізаційний відділ	4,25	4	0	
Харчоблок	9,0	9	0	
Дитяча молочна кухня	2,0	2	0	
Пральня	4,0	4	0	
Гараж	7,0	6	0	
Відділ обслуговування	15,0	13	0	
Всього по ЗОЗ	471,75	419	79	300 (214)
Залишили роботу у зв'язку із війною	-	-	-	-
Працевлаштовані у ЗОЗ із числа ВПО	-	-	-	-

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Красилівська БЛ» КМР

До складу кадрового потенціалу закладу «входять 79 лікарів, укомплектовано 78,2 % від зареєстрованих штатних посад. Зокрема укомплектованість зареєстрованих штатних посад лікарів-анестезіологів фізичними особами становить 93,3 % (частка пенсіонерів становить 28,5 %), невропатологів – 80 % (пенсіонерів – 40 %), інфекціоністів – 88,8 % (пенсіонерів – 50 %), ортопедів-травматологів – 84,2 % (пенсіонерів – 0 %), терапевтів – 88,8 % (пенсіонерів – 0 %). Середнього медичного персоналу працює 171 фізична особа або 91,2 % від штатних посад» [32] (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Штатна кількість працівників КНП «Красилівська БЛ» КМР у 2024 році

№ з/п	Тип закладу	Лікарі			Спеціалісти з вищою немедич. освітою			Середній медперсонал			Фармацевти		
		штатні	зайняті	фіз. особи	штатні	зайняті	фіз. особи	штатні	зайняті	фіз. особи	штатні	зайняті	фіз. особи
А	Б	2	3	4	5	6	7	11	12	13	14	15	16
1	Багатопрофільна лікарня	99,75	93,00	79	5,50	5,50	6	184,50	177,00	169	1,25	1,25	1
2	Лікарні (колишні районні)												
	УСЬОГО	99,75	93,00	79	5,50	5,50	6	184,50	177,00	169	1,25	1,25	1
4	Госпрозрахункові кабінети (відділення)												
	УСЬОГО з госпрозрахунком	99,75	93,00	79	5,50	5,50	6	184,50	177,00	169	1,25	1,25	1
5	Відділення переливання крові (банк крові)	1,25	0,50		0,50	0,25		3,00	2,25	2			
	УСЬОГО з госпрозрахунком і відділенням переливання крові	101,00	93,50	79	6,00	5,75	6	187,50	179,25	171	1,25	1,25	1

№ з/п	Тип закладу	Асистенти фармацевтів			Молодший медперсонал			Інші			Усього		
		штатні	зайняті	фіз. особи	штатні	зайняті	фіз. особи	штатні	зайняті	фіз. особи	штатні	зайняті	фіз. особи
А	Б	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	Багатопрофільна лікарня	1	1	1	112,25	110,25	102	61,75	56,50	56	466,00	444,50	414
2	Лікарні (колишні районні)												
	УСЬОГО	1,00	1,00	1	112,25	110,25	102	61,75	56,50	56	466,00	444,50	414
3	Госпрозрахункові кабінети (відділення)												
	УСЬОГО з госпрозрахунком	1,00	1,00	1	112,25	110,25	102	61,75	56,50	56	466,00	444,50	414
4	Банк (пункт) крові				1,00	1,00	1				5,75	4,00	3
	УСЬОГО з госпрозрахунком і відділенням переливання крові	1,00	1,00	1	113,25	111,25	103	61,75	56,50	56	471,75	448,50	417

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Красилівська БЛ» КМР

У 2024 році КНП «Красилівська БЛ» КМР законтрактована НСЗУ по 16-ти пакетах медичних послуг і є фінансово самостійним підприємством без залучення зовнішньої фінансової підтримки з боку власника – Красилівської ОТГ (рис. 2.2).

Пакети ПМГ
Пакет ПМГ № 3 «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»
Пакет ПМГ № 4 «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»
Пакет ПМГ № 5 «Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах»
Пакет ПМГ № 7 «Медична допомога при пологах»
Пакет ПМГ № 8 «Стоматологічна допомога дорослим та дітям»
Пакет ПМГ № 9 «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу»
Пакет ПМГ № 12 «Езофагогастродуоденоскопія»
Пакет ПМГ № 13 «Колonosкопія»
Пакет ПМГ № 14 «Цистоскопія»
Пакет ПМГ № 15 «Бронхоскопія»
Пакет ПМГ № 11 «Гістерографія»
Пакет ПМГ № 23 «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям»
Пакет ПМГ № 31 «Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки»
Пакет ПМГ № 34 «Стоматологічна допомога дорослим та дітям»
Пакет ПМГ № 35 «Ведення вагітності в амбулаторних умовах»
Пакет ПМГ № 47 «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня»

Рис. 2.2. Пакети програми медичних гарантій КНП «Красилівська БЛ» КМР, за якими надавались медичні послуги населенню, у 2022-2023 рр.

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Красилівська БЛ» КМР

Загальна сума договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2023 рік склала 105 629 152,2 грн. За 11 місяців згідно даного договору надійшло 104 529 579,37 грн. (табл. 2.4).

За 11 місяців 2024 року стаціонарними підрозділами «проліковано 6 442 хворих, в тому числі прийнято 208 пологів, виконано 1 073 стаціонарних хірургічних операцій, надано 357 317 амбулаторних послуг. Закладом проведено 45 802 інструментальних діагностик та 62 484 лабораторних досліджень» [32].

Таблиця 2.4

**Структура фінансових надходжень в КНП «Красилівська БЛ» КМР у
2020-2023 рр.**

№ пакету	Джерела фінансування	2020	2021	2022	2023
1	2	3	4	5	6
3	Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	7436,80	12360,00	13229,60	11769,20
47	Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	0,00	0,00	294,60	468,40
4	Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	17510,10	23763,20	24162,50	35166,80
5	Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах	0,00	529,10	2484,20	897,20
7	Медична допомога при пологах	1716,70	2574,30	3809,20	4178,00
9	Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу	12275,30	26023,20	31727,30	48092,80
11	Гістероскопія	2,00		88,90	0,00
12	Езофагодуоденоскопія	104,30	219,70	370,60	303,60
13	Колоноскопія	16,00	37,10	59,50	49,20
14	Цистоскопія	0,00	1,70	6,30	11,20
15	Бронхоскопія	0,00	2,10	6,60	13,60
22	Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії	13,10	4,40	0,00	
23	Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям	421,90	770,80	875,90	1828,00
31	Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID - 19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2	18154,90	41721,50	37444,00	0,00
34	Стоматологічна допомога дорослим та дітям	0,00	855,00	1247,70	2059,20
35	Ведення вагітності в	0,00	945,40	1313,90	792,40

1	2	3	4	5	6
	амбулаторних умовах				
	Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг в частині умов, які застосовуються з 01.09.2020 року	4785,50	3589,10	0,00	0,00
	Разом	62436,60	113396,60	117120,80	105629,60
	Кошти місцевого бюджету	2404,10	5130,00	11701,30	10828,10
	Позабюджетні кошти	1671,3	3057,00	2013,00	5717,20
	Всього отримано дохід (тис. грн.)	66,512	121583,6	130835,1	1222174,7

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Красилівська БЛ» КМР

У за 11 місяців 2023 році КНП «Красилівська БЛ» КМР надано платних послуг на суму 2 167 246,18 грн. Витрати на оплату праці з нарахуваннями за 11 місяців склали 78% від отриманих коштів з урахуванням накопичених залишків.

За кошти НСЗУ придбано обладнання «на загальну суму 2 471 744,4 грн. (стерилізатор повітряний, мікроскоп, монітор пацієнта, аналізатор імунофлуоресцентний, коагулометр оптичний, центрифуга лабораторна клінічна, аналізатор біохімічний, елктрокардіограф, ванна ультразвукова, рентгенологічний апарат, діоптриметр, колькоскоп в комплектації з камерою та програмою, фетальний монітор, дефібрилятор з синхронізацією), лікарських засобів та виробів медичного призначення на загальну суму 12 950 167,2 грн, продуктів харчування – на 1 979 099,85 грн., придбано послуг – на 1 985 097,06 грн.(ремонт обладнання, обслуговування пристроїв, автомобілів та програмного забезпечення, медичні послуги інших установ та ін.), придбано предметів та матеріалів – на 845 725,10 грн. (паливо-мастильні матеріали, бланки, будівельні матеріали, м'який інвентар та ін.)» [32].

У 2024 році КНП «Красилівська БЛ» КМР отримано обладнання, медикаментів та виробів медичного призначення з обласної бази спеціального медичного постачання на загальну суму 6 396 314,87 грн. Протягом цього ж періоду отримано благодійної допомоги на загальну суму 5 922 887,8 грн. (предмети та матеріали – 873 024,81 грн, обладнання – 1 133 903,0 грн.

(аналізатор сечі, вертикалізатор (2 шт), апарат ШВЛ, дизельний генератор, інкубатори для догляду за передчасно народженими дітками (2 шт), гематологічний аналізатор), медикаментів, виробів медичного призначення, засобів індивідуального захисту, деззасобів – 3 343 609,17 грн.).

За кошти Красилівської ОТГ КНП «Красилівська БЛ» КМР оплачено комунальні послуги на загальну суму 11 695 457, 4 грн., придбано обладнання на суму 377 885,0 грн. (лазерна установка, лічильник тепла), предмети та матеріали на суму 206 354,93 грн., а також здійснено капітальні та поточні ремонти на суму 357 111,19 грн.

Таблиця 2.5

Перелік наявного в КНП «Красилівська БЛ» КМР обладнання станом на 07.04.2023 р.

Види обладнання	Кількість наявного обладнання	З них: застарілого або такого, що потребує заміни	Потреба сумарна
Рентгенологічне обладнання	11	1	2
Наркозно- дихальне обладнання	104	2	8
Діагностичне обладнання	47	5	14
Лабораторне обладнання	57	12	19
Маніпуляційне обладнання	57	4	7
Фізіотерапевтичне обладнання	15	1	1
Стерилізаційне обладнання	27	5	4
Інше обладнання	596	7	11

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Красилівська БЛ» КМР

Більш детальний список наявного КНП «Красилівська БЛ» КМР обладнання представлений в Додатку Б.

З метою облаштування захисних споруд в КНП «Красилівська БЛ» КМР завершується капітальний ремонт Захисної споруди цивільного захисту – Протирадіаційного укриття на загальну суму 3,9 млн. грн.

На виконання плану розвитку КНП «Красилівська БЛ» КМР, враховуючи економічне підґрунтя, з 01.01.2024 року скорочено бактеріологічний відділ клінічної лабораторії. Укладено договір про надання послуг з підрядником, а саме ДУ «Хмельницький обласний центр контролю та профілактики хвороб

МОЗ України».

З 01.01.2024 року, на виконання розпорядження Уряду від 20.02.2019 №120 «Про схвалення Стратегії розвитку національної системи крові на період до 2022 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації» та наказу ДОЗ ОДА від 03.06.2020 №91, відділення трансфузіології, заготівлі та переробки крові перепрофільовано у лікарняний банк крові.

Отже, КНП «Красилівська БЛ» КМР має достатню кількість медичного обладнання, лікарських засобів, товарів медичного призначення, кваліфікованих працівників для надання 16-ти пакетів медичних послуг за програмою медичних гарантій НСЗУ. Окрім цього досліджуваний заклад охорони здоров'я активно надає платні медичні послуги пацієнтам. Наявне ресурсне забезпечення дозволяє закладу надавати якісні медичні послуги і медичну допомогу пацієнтам.

2.2. Моніторинг та оцінювання якості надання медичної допомоги в досліджуваному закладі охорони здоров'я

В КНП «Красилівська БЛ» КМР розроблена, задокументована, впроваджена та постійно вдосконалюється система управління якістю (СУЯ). Її концептуальні положення сформовані у: 1) політиці у сфері якості; 2) цілях у сфері якості; 3) Настанові щодо якості (НЯ) (Додаток В); 4) процедури, інструкції, положення в сфері якості; 5) записи (протоколи), які підтверджують результативність функціонування СУЯ тощо.

Відповідальність за ведення та зберігання оригіналів документів системи управління якістю покладена на начальника інформаційно-аналітичного відділу.

Окрім вищезазначених документів до системи управління якістю належать: 1) локальні протоколи надання медичної допомоги (клінічні маршрути пацієнтів), медичні картки, 2) положення про структурні підрозділи, посадові та інші інструкції і методики тощо; 3) документи, необхідні лікарні для забезпечення результативного планування, функціонування та

контролювання визначених процесів.

КНП «Красилівська БЛ» КМР здійснює контроль документації та протоколів СУЯ згідно з розділом 7.5 НЯ 01-2018 для визначення управлінських дій.

Відповідальність за розробку, введення в дію, актуалізацію, функціонування документів СУЯ несе начальник інформаційно-аналітичного відділу.

Політика у сфері якості КНП «Красилівська БЛ» КМР затверджена на засіданні Медичної ради. Вона є основою для визначення цілей закладу охорони здоров'я у сфері якості, відповідає його призначенню і середовищу функціонування, сприяє його стратегічному розвитку.

Політика у сфері якості доведена до відома всіх працівників КНП «Красилівська БЛ» КМР шляхом розміщення на інформаційних дошках в різних приміщеннях медичної установи. За результатами опитування, проведеного під час аудиту якості, встановлено, що персонал лікарні обізнаний з положеннями політики у сфері якості.

На основі політики у сфері якості КНП «Красилівська БЛ» КМР визначено цілі у сфері якості, які затверджені директором. Цілі визначені як для СУЯ у цілому, так і для окремих процесів. Зокрема, вони включають врахування та задоволення вимог замовників медичних послуг (пацієнтів). Для кожної з цілей визначено механізм її моніторингу. Всі цілі у сфері якості є вимірними та реальними.

Для досягнення встановлених цілей передбачена щорічна розробка плану розвитку лікарні. На даний час в досліджуваному закладі охорони здоров'я діє «План розвитку загального закладу охорони здоров'я Хмельницького кластеру Хмельницького госпітального округу – КНП Красилівська багатoproфільна лікарня» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області на 2023-2025 pp.)» (Додаток Г), до складу якого входять: 1) програма організаційно-управлінських змін; 2) програма фінансово-економічної діяльності; 3) план розвитку кадрових

ресурсів; 4) план організації захисних споруд цивільного захисту; 5) програма управління якістю надання медичної допомоги. До кожного із зазначених вище складових елементів плану розроблено детальний перелік заходів до їх реалізації, визначені відповідальні виконавці та планові терміни реалізації.

Програма управління якістю надання медичної допомоги КНП «Красилівська БЛ» КМР містить такі напрямки: 1) план впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги; 2) план розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги; 3) план дій з впровадження програми профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

План впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги КНП «Красилівська БЛ» КМР передбачає заходи щодо: проведення аналізу летальності в стаціонарі; проведення аналізу післяопераційної летальності; проведення аналізу випадків материнської смертності; проведення аналізу перинатальної смертності; проведення аналізу ранньої неонатальної смертності; проведення аналізу післяопераційних інфекційних ускладнень; визначення та аналіз коефіцієнту повторної госпіталізації протягом 30 днів після виписки; проведення аналізу частки пологів шляхом кесарського розтину (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

План впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги в КНП «Красилівська БЛ» КМР на 2023-2025 рр.

№ з/п	Найменування заходу	Відповідальні виконавці	Термін реалізації
1	2	3	4
1.	Проведення аналізу летальності в стаціонарі	Завідувачі відділеннями, медичний директор	Щоквартально
2.	Проведення аналізу післяопераційної летальності	Завідувачі відділеннями хірургічного профілю, медичний директор	Щоквартально
3.	Проведення аналізу випадків материнської смертності	Завідувач акушерсько-гінекологічним відділенням, медичний директор	Щоквартально
4.	Проведення аналізу перинатальної смертності	Завідувач акушерсько-гінекологічним відділенням, медичний директор	Щоквартально

Продовження табл. 2.5

№ з/п	Найменування заходу	Відповідальні виконавці	Термін реалізації
1	2	3	4
1.	Проведення аналізу летальності в стаціонарі	Завідувачі відділеннями, медичний директор	Щоквартально
2.	Проведення аналізу післяопераційної летальності	Завідувачі відділеннями хірургічного профілю, медичний директор	Щоквартально
3.	Проведення аналізу випадків материнської смертності	Завідувач акушерсько-гінекологічним відділенням, медичний директор	Щоквартально
4.	Проведення аналізу перинатальної смертності	Завідувач акушерсько-гінекологічним відділенням, медичний директор	Щоквартально

Примітка. Наведено за [33]

План розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги КНП «Красилівська БЛ» КМР передбачає заходи щодо: навчання сучасної команди кваліфікованих фахівців, проведення ретельного відбору персоналу, який розділяє і сповідує принципи корпоративної культури закладу; проявлення високого професіоналізму і дотримання робочої етики; проведення оперативної оцінки результатів обстеження та призначеного лікування, вирішення конкретних ситуативних завдань; встановлення довірливих відносин з пацієнтом з наданням високої якості послуг, повага до пацієнта та його сім'ї; проведення систематичного навчання медичного та немедичного персоналу з відпрацюванням алгоритмів роботи з пацієнтами тощо (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

План розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги в КНП «Красилівська БЛ» КМР на 2023-2025 рр.

№ з/п	Найменування заходу	Відповідальні виконавці	Термін реалізації
1	2	3	4
1.	Навчання сучасної команди кваліфікованих фахівців, проведення ретельного відбору персоналу, який розділяє і сповідує принципи корпоративної культури закладу	Керівник закладу, медичний директор	Постійно

1	2	3	4
2.	Проявлення високого професіоналізму і дотримання робочої етики	Завідувачі відділеннями, лікарі, середній та молодший медичний персонал	Постійно
3.	Проведення оперативної оцінки результатів обстеження та призначеного лікування, вирішення конкретних ситуативних завдань	Медичний директор, завідувачі відділеннями	Постійно
4.	Встановлення довірливих відносин з пацієнтом з наданням високої якості послуг, повага до пацієнта та його сім'ї	Медичний директор, завідувачі відділеннями	Постійно
5.	Проведення систематичного навчання медичного та немедичного персоналу з відпрацюванням алгоритмів роботи з пацієнтами.	Медичний директор, завідувачі відділеннями, головна медична сестра, старші сестри медичні відділень	Щоквартально
6.	Забезпечення наявності палат для перебування пацієнтів, які оснащені додатковими побутовими приладами для підвищення комфорту перебування	Медичний директор, завідувачі відділеннями	Постійно
7.	Підвищення конкурентно-спроможності закладу за рахунок підвищення якості надання медичних послуг	Головний лікар, Медичний директор, завідувачі відділеннями	Постійно

Примітка. Наведено за [33]

План дій з впровадження програми профілактики інфекцій та інфекційного контролю КНП «Красилівська БЛ» КМР передбачає заходи щодо: призначення керівника ВІК; розроблення та затвердження положення про відділ інфекційного контролю (ВІК) та посадових інструкцій його працівників відповідно до Положення про ВІК в лікарні; проведення зустрічі з обговоренням заходів щодо профілактики інфекцій та інфекційного контролю (ПІК) із керівництвом лікарні, керівниками структурних підрозділів; проведення самооцінки ПІК у лікарні та розроблення письмового плану дій на певний час роботи (наприклад річний план) на підставі визначених пріоритетів; розроблення і затвердження стандарту операційних процедур (СОП); перегляд наявних СОП (доповнення їх положеннями з ПІК); організація співпраці із громадськими або професійними об'єднаннями в сфері

ППК для забезпечення підтримки з ППК; визначення координатора з навчання і підготовки з ППК; розроблення і затвердження планів навчання і підготовки з ППК для працівників лікарні; розрахунок з затвердженням бюджету для закупівлі необхідного обладнання і витратних матеріалів для забезпечення програми навчання і підготовки з ППК; розроблення чек-листів, тестових завдань для перевірки знань і практичних навичок з ППК працівників; розроблення і затвердження системи зовнішнього моніторингу для оцінки знань і практичних навичок з ППК у працівників лікарні; розроблення вступного інструктажу з ППК; визначення ресурсів (кадрових і фінансових), які необхідні для проведення епідеміологічного нагляду в лікарні; розрахунок і затвердження бюджету для впровадження в клініко-діагностичній лабораторії методики EUCAST; переогляд СОПу із забору, зберігання і транспортування зразків біологічних матеріалів для проведення мікробіологічних (бактеріологічних) досліджень; проведення пілотного визначення розповсюдженості інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги (інфекцій сфері хірургічного втручання); впровадження епідеміологічного нагляду за інфекціями в сфері хірургічного втручання; впровадження епідеміологічного нагляду за девайс-асоційованими інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги; впровадження епідеміологічного нагляду за бактеріями з множинною та панрезистентністю до антибактеріальних препаратів; розроблення і затвердження чек-листів, тестових завдань для проведення моніторингу та оцінки; розрахунок необхідної кількості працівників відповідно до посадових обов'язків і робочого навантаження; дотримання правила «один пацієнт на одне ліжко»; розроблення документації для проведення генеральних прибирань; обладнання палати ізоляції пацієнтів у відділеннях; Обладнання вентиляційної системи в закладі; забезпечення відділень обладнанням для прибирання; забезпечення лікарні ємностями для збирання і транспортування медичних відходів. Витяг із плану дій із впровадження програми профілактики інфекцій та інфекційного контролю КНП «Красилівська БЛ» КМР

представлений в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Витяг із плану дій із впровадження програми профілактики інфекцій та інфекційного контролю КНП «Красилівська БЛ» КМР на 2023-2025 рр.

№ з/п	Найменування заходу	Відповідальні виконавці	Термін реалізації
1.	Призначення керівника ВІК	Медичний директор, начальник відділу кадрів	Січень
2.	Розроблення та затвердження положення про ВІК та посадові інструкції працівників ВІК відповідно до Положення про ВІК в лікарні.	Начальник відділу кадрів	Січень
3.	Проведення самооцінки ППК у лікарні з розробленням письмового плану дій на певний час роботи на підставі визначених пріоритетів	Медичний директор, керівник ВІК	Грудень
4.	Розроблення і затвердження СОП	Керівник ВІК, керівники структурних підрозділів	Березень Квітень Травень
5.	Перегляд наявних СОП (доповнити їх положеннями з ППК)	Керівник ВІК, керівники структурних підрозділів	Протягом року
6.	Визначення координатора з навчання і підготовки з ППК	Керівник ВІК	Січень
7.	Розрахунок з затвердженням бюджету для закупівлі необхідного обладнання і витратних матеріалів для забезпечення програми навчання і підготовки з ППК	Головний лікар, медичний директор, головний бухгалтер, економіст, координатор з навчання і підготовки з ППК, керівник ВІК,	Січень
8.	Розроблення і затвердження системи зовнішнього моніторингу для оцінки знань і практичних навичок з ППК у працівників ЗОЗ	Керівник ВІК	Протягом року
9.	Розроблення і затвердження чек-листів, тестових завдань для проведення моніторингу і оцінки	Керівник ВІК	Протягом року
10.	Дотримання правил «один пацієнт на одне ліжко»	Керівники структурних підрозділів, керівник ВІК	Протягом року
11.	Обладнання вентиляційної системи в ЗОЗ	Головний лікар, завідувач господарством, головний бухгалтер, економіст, керівник ВІК (як консультант)	Протягом року
12.	Забезпечення відділень обладнанням для прибирання	Медичний директор, медичний головна медична сестра, головний бухгалтер, економіст, керівник ВІК (як консультант)	Протягом року

Примітка. Наведено за [33]

Аналіз виконання «Плану розвитку загального закладу охорони здоров'я Хмельницького кластеру Хмельницького госпітального округу – КНП Красилівська багатопрофільна лікарня» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області на 2023-2025 рр.)» (Додаток В) проводиться на засіданнях Медичної ради, нарадах за участю керівників структурних підрозділів лікарні.

Всі зміни в системі управління якістю здійснюються в запланований спосіб з врахуванням призначення змін та їх можливих наслідків, взаємозв'язку процесів та цілісності системи, наявності ресурсів (фінансових, людських, матеріальних), розподілу або перерозподілу обов'язків та повноважень. Планування змін регламентується методикою М-04. Порядок внесення змін в документи системи управління якістю визначено розділом 7.5 Настанови щодо якості, методикою СУЯ М-01.

Загальний опис системи управління якістю (СУЯ) міститься в Настанові щодо якості НЯ 01-2018, яка розроблена у відповідності до вимог ДСТУ ISO 9001:2015 та затверджена 20 червня 2018 (редакція №1) (НЯ). У НЯ КНП «Красилівська БЛ» КМР визначена мета та сфери дії СУЯ, наведені посилання на наявні задокументовані процедури, описані основні процесів та їх взаємозв'язок, розподілена відповідальність та описаний процес виконання робіт.

Для забезпечення функціонування СУЯ і постійного підвищення її результативності керівництво КНП «Красилівська БЛ» КМР: 1) визначило зовнішні та внутрішні чинники, які впливають на здатність досліджуваного закладу охорони здоров'я досягати запланованих СУЯ результатів; 2) щорічно проводить моніторинг процесів надання медичних послуг, ідентифікує та аналізує ризики, виявляє потенційні можливості розвитку.

Дії по вимірюванню і аналізу дієвості СУЯ, а також періодичність їхнього застосування, щорічно переглядаються у рамках аналізу СУЯ з боку керівництва згідно М 04. Також за результатами аналізу приймаються рішення про необхідність використання статистичних методів для аналізу результатів

вимірювань. Для цього в КНП «Красилівська БЛ» КМР визначено: 1) дані, які необхідно піддавати моніторингу та вимірюванню; 2) методи моніторингу, вимірювання, аналізування та оцінювання, які потрібні для забезпечення достовірних результатів; 3) періодичність проведення моніторингу і вимірювання; 4) періодичність аналізування та оцінювання результатів моніторингу і вимірювання.

Для основних процесів СУЯ в КНП «Красилівська БЛ» КМР, у рамках щорічного аналізу, визначаються параметри вимірювання результатів виконання процесів, а також схема моніторингу цих параметрів. Для кожного з параметрів, які вимірюються, установлюються цільові значення, а також цілі закладу на поточний рік, які затверджуються на засіданні Медичної Ради.

Періодично отримані результати вимірювання порівнюються з цільовими значеннями, а також з результатами попередніх досліджень. Якщо цільове значення не досягнуте, приймається рішення про необхідність визначення коригувальних дій. Вимоги до моніторингу процесів СУЯ визначені у методиках відповідних процесів.

За допомогою проведення внутрішніх аудитів, аналізування та оцінювання, в т. ч. аналізування СУЯ, керівництвом КНП «Красилівська БЛ» КМР оцінюється дієвість і результативність СУЯ.

В КНП «Красилівська БЛ» КМР складено та затверджено «Програму проведення внутрішніх аудитів на 2024 р.». При цьому окремо складено та затверджено програму аудиту кожного процесу СУЯ. Проведення аудиту передбачає ознайомлення підрозділу з програмою (планом) аудиту, урахування його зауважень та ознайомлення аудиторів з програмою. Для проведення внутрішніх аудитів в ході розробки СУЯ підготовлено четверо внутрішніх аудиторів. При проведенні аудиту використовувався перелік документації СУЯ, який заповнявся в процесі аудиту та за результатами аудиту, наприклад опитувальний лист, лист реєстрації невідповідностей, звіт про внутрішній аудит. Виконання коригувальних дій перевіряється в терміни, зазначені в листах реєстрації невідповідностей.

Результати аудитів акумулюються заступником директора з медичної частини – представником керівництва з якості та є вхідними даними для проведення аналізу керівництвом, та в подальшому поліпшення результативності функціонування системи якості.

У 2024 році заплановано провести чотири внутрішні аудити. Аудити проведені вчасно і в повному об'ємі. Зауважень не виявлено.

Аналізування СУЯ з боку керівництва КНП «Красилівська БЛ» КМР передбачено проводити один раз на рік.

Заступники директора та керівники підрозділів (відділень), керівники (власники) процесів готують дані по функціонуванню СУЯ в лікарні за поточний рік. Мінімальний обсяг інформації, яка необхідна для проведення аналізу, включає: «1) результати внутрішніх та зовнішніх аудитів СУЯ та результати виконання планів якості (готує заступник директора з медичної частини); 2) оцінку рівня задоволеності замовників, пацієнтів (готує заступник з медичної частини); 3) оцінку рівня задоволеності персоналу і його пропозиції щодо поліпшування діяльності медичного закладу (готує заступник з медичної частини); 4) результати вимірювань процесів СУЯ (готують керівники підрозділів (відділень) та персонал, що відповідають за процеси); 5) результати лікування пацієнтів (готують завідувачі відділень, що відповідають за процеси); 6) результати контролю якості роботи медперсоналу (готує заступник з лікувальної роботи); 7) стан виконання коригувальних дій (готує начальник інформаційно-аналітичного відділу); 8) зміна нормативного регулювання діяльності медичного закладу (директор, бухгалтер); 9) стан процесу лікування (готують заступники директора); 10) рекомендації щодо удосконалення (готує заступник директора з лікувальної роботи)» [32].

Результати аналізу передбачено реєструвати у вигляді звіту, що підписується представником керівництва та заслуховується на засіданні Медичної Ради. Аналізування СУЯ за 2024 рік проведено 10 червня 2024 р. та 28 жовтня 2024 р.

В КНП «Красилівська БЛ» КМР визначено порядок збору та аналізу

даних, які необхідні для доведення придатності та результативності СУЯ, а також для оцінювання СУЯ з погляду можливості постійного поліпшування її результативності.

Аналізування даних проводиться з використанням статистичних методів (у випадку можливості застосування). Результати аналізування оформляються у вигляді звітів і використовуються для формування планів, як вхідна інформація для процесів аналізування, поліпшування і коригувальних дій.

У разі виникнення невідповідності, зокрема пов'язаної зі скаргами розділом 10.2 Настанови щодо якості передбачено відреагувати на невідповідність.

В кожному структурному підрозділі для реєстрації невідповідностей та коригувальних дій заведений «Журнал реєстрації невідповідностей та коригувальних дій».

Реєстрацію невідповідності проводить керівник структурного підрозділу. Після аналізування причини невідповідностей та наслідків виявлених невідповідностей власник процесу оцінює потребу в коригуванні або коригувальних діях та визначає їх

Контроль виконання встановлених коригувальних дій здійснює особа, визначена власником процесу відповідальною за контроль виконання. В разі, якщо заплановані коригувальні (запобіжні) дії не проведені в повному обсязі, відповідальні виконавці подають обґрунтування перенесення термінів або реалізацію додаткових заходів щодо виконання визначених дій, після чого контроль повторюється. Порядок реєстрації невідповідності, що виявлена під час внутрішніх аудитів, встановлений розділ 9.2 Настанови щодо якості. Коригувальна дія вважається результативною якщо усунена причина виявленої невідповідності та підтверджена відсутність її повторення. За підсумками виконання коригувальних дій перевіряється не тільки сам факт їх виконання, але і їх достатність для забезпечення того, що ризик повторення невідповідності знижено до прийнятного рівня.

Отже, з проведеного аналізу можна зробити висновок, що в КНП

«Красилівська БЛ» КМР проводиться ґрунтовна та системна робота в сфері управління якістю медичних послуг та допомоги. В закладі розроблена політика у сфері якості, визначені цілі у сфері якості, розроблена та затверджена Настанові щодо якості, регламентовані процедури, інструкції, положення в сфері якості, організовано ведення записів (протоколів), які підтверджують результативність функціонування СУЯ.

РОЗДІЛ 3

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ В МОНІТОРИНГ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Для удосконалення діючої системи моніторингу якості медичної допомоги в КНП «Красилівська БЛ» КМР пропонуємо імплементувати в неї інноваційний напрямок – моніторинг задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг, методичні підходи до якого представлені на рис. 3.1.



Рис. 3.1. Структура системи критеріїв задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг

Примітка. Запропоновано автором

Як видно з рис. 3.1, система критеріїв задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг включає чотири інтегральних критерії, кожен із яких є узагальненням окремих підкритеріїв. Для кожного інтегрального критерію виділена система підкритеріїв. В табл. 3.1 представлені підкритерії задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Введемо позначення для інтегральних критеріїв якості та доступності послуг: K_1 – кваліфікація і професіоналізм медичного персоналу, ставлення до

пацієнта; K_2 – організаційна доступність; K_3 – ресурси, матеріально-технічне забезпечення закладу охорони здоров'я; K_4 – результативність медичних послуг.

Таблиця 3.1

Підкритерії задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг

Інтегральні критерії		Підкритерії
1.	Професіоналізм медичного персоналу, ставлення до пацієнта	Доброзичливість, ввічливість та уважність лікарів
		Доброзичливість, уважність, ввічливість середнього та молодшого медичного персоналу
		Якість діагностики лікаря при огляді
		Доступність та зрозумілість пояснень лікаря (про хворобу, можливі причини її виникнення, способи лікування, можливі побічні ефекти лікування і т. д.)
		Якість діагностики та пояснень спеціалістів при проведенні обстеження (УЗД, ЕКГ і т. д.)
		Якість проведення лабораторних досліджень медичним персоналом клініко-діагностичних лабораторій
2.	Організаційна доступність	Можливість отримання необхідної інформації про роботу закладу охорони здоров'я за допомогою комунікативних засобів (телефон, Інтернет)
		Робота реєстратури
		Графік роботи сімейного лікаря, своєчасність запису до нього
		Графік роботи лікарів-спеціалістів, своєчасність запису до них
		Час очікування прийому сімейного лікаря в черзі перед кабінетом
		Час очікування прийому лікаря-спеціаліста в черзі перед кабінетом
		Час очікування видачі направлення на проведення лабораторних досліджень, час очікування результатів лабораторних досліджень
		Час очікування проведення діагностичних досліджень з моменту видачі направлення
3.	Ресурси, матеріально-технічне забезпечення	Умови перебування в закладі охорони здоров'я (стан будівлі, кабінетів і т. д.)
		Перелік медичних послуг, що надаються в закладі охорони здоров'я
4.	Результативність медичних послуг	Своєчасність, повнота призначень і проведення обстеження лікарем; якість проведеного лікування
		Повнота та якість діагностичного обстеження, лабораторних досліджень

Примітка. Запропоновано автором

Позначимо $K_{i,j}$ – підкритерії якості та доступності медичних послуг інтегрального критерія K_i (де $j = 1, \dots, n_{i,j}$, $n_{i,j}$ – кількість підкритеріїв в групі); $U_{P_m}(K_{i,j})$ – рівень задоволеності пацієнта P_m якістю послуг за відповідним підкритерієм $K_{i,j}$.

$U_{P_m}(K_i)$ – рівень задоволеності пацієнта P_m якістю послуг за відповідним інтегральним критерієм K_i . Рівні задоволеності за підкритеріями $U_{P_m}(K_{i,j})$ визначаються пацієнтом на основі запропонованої терм-множини $T = \{T^1, T^2, T^3, T^4, T^5\}$: T^1 – «дуже низький», T^2 – «низький», T^3 – «середній», T^4 – «високий», T^5 – «дуже високий». Терми описуються нечіткими трикутними числами виду: $T^1 = (0; 0; 0.25)$, $T^2 = (0; 0.25; 0.5)$, $T^3 = (0.25; 0.5; 0.75)$, $T^4 = (0.5; 0.75; 1)$, $T^5 = (0.75; 1; 1)$.

Індивідуальний рівень задоволеності пацієнта P_m якістю та доступністю медичних послуг за інтегральними критеріями пропонуємо визначати як середній рівень по сукупності підкритеріїв задоволеності:

$$U_{P_m}(K_i) = \frac{1}{n_{i,j}} \sum_j U_{P_m}(K_{i,j}) \quad (3.1)$$

Позначимо $\omega_{P_m}(K_i)$ – ваговий коефіцієнт відносної важливості інтегрального критерію K_i для пацієнта P_m . Вагові коефіцієнти відносної важливості критеріїв для кожного пацієнта пропонуємо визначити на основі методу бальних оцінок за допомогою використання шкали від 0 до 5. Вагові коефіцієнти значимості інтегральних критеріїв є нормалізованими бальними оцінками, тобто

$$\sum_i \omega_{P_m}(K_i) = 1$$

Тоді загальний індивідуальний рівень задоволеності U_{P_m} пацієнта якістю та доступністю медичних послуг визначається за допомогою формули:

$$U_{P_m} = \sum_{i=1,4} \omega_{P_m}(K_i) U_{P_m}(K_i) \quad (3.2)$$

У введених вище позначеннях середні рівні задоволеності пацієнтів статево-вікової групи G_i за підкритеріями $U_{G_i}(K_{i,j})$, а також середні рівні

задоволеності за інтегральними критеріями $U_{G_i}(K_i)$ визначаються у вигляді:

$$U_{G_l}(K_{i,j}) = \frac{1}{N_l} \sum_{P_m \in G_l} U_{P_m}(K_{i,j}) \quad (3.3)$$

$$U_{G_l}(K_i) = \frac{1}{N_l} \sum_{P_m \in G_l} U_{P_m}(K_i) \quad (3.4)$$

Розглянемо емпіричні результати моніторингу задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг на прикладі КНП «Красилівська БЛ» КМР за даними організованого соціологічного опитування з використанням електронної анкети. Електронне анкетування має ряд переваг, головною з яких є уникнення багатьох помилок при заповненні анкети, зокрема, через вимогу обов'язкового заповнення окремих полів.

Для опитування пацієнтів була розроблена анкета соціологічного опитування для комплексної оцінки задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг.

Анкета соціологічного опитування включає 4 розділи: 1) загальні відомості про респондента (11 якісних питань); 2) оцінка задоволеності якістю та доступністю безкоштовних медичних послуг в закладі охорони здоров'я (11 якісних питань та 18 приватних критеріїв задоволеності для лінгвістичного оцінювання); 3) оцінка задоволеності якістю та доступністю платних медичних послуг (8 якісних питань та 17 приватних критеріїв задоволеності для лінгвістичного оцінювання); 4) оцінювання значимості п'яти інтегральних критеріїв за бальною шкалою від 0 до 5.

У соціологічному опитуванні, організованому та проведеному червні-серпні 2024 року, взяли участь 272 респонденти, які отримували медичні послуги в КНП «Красилівська БЛ» КМР. При первинній обробці анкет виявили некоректне заповнення окремих розділів анкет деяких респондентів, тому оцінки 9 респондентів були виключені з подальшого розгляду.

Для побудови оцінки рівнів задоволеності споживачів ринок медичних послуг був сегментований за групами пацієнтів за статевою ознакою. Були виокремлені групи респондентів за п'ять статево-віковими групами населення $G_1 - G_5$. G_1 – діти віком до 16 років; G_2 – жінки віком від 16 до 35 років; G_3 –

чоловіки віком від 16 до 35 років; G_4 – жінки віком 36 років і старше; G_5 – чоловіки віком 36 років і старше.

Для груп дитячого населення анкету пропонувалося заповнити батькам чи іншим представникам неповнолітніх осіб. Розглянемо результати моніторингу на прикладі статево-вікової групи респондентів – жінок віком від 16 до 35 років. Обсяг вибірки цієї групи респондентів склад 100 осіб.

У табл. 3.2 наведено структуру частоти споживання медичних послуг опитаними респондентами групи.

Таблиця 3.2

**Структура частоти споживання медичних послуг
КНП «Красилівська БЛ» КМР**

Частота споживання медичних послуг	Кількість респондентів, які звернулись за медичними послугами в заклад охорони здоров'я (% від числа респондентів групи)			
	Консультаційна поліклініка	Стационарні відділення	Діагностичні підрозділи	Фізіотерапевтичне відділення
Дуже часто	3 (3%)	2 (2%)	1 (1%)	6 (6%)
Часто	27 (27%)	7 (7%)	15 (15%)	27 (29%)
Рідко	51 (51%)	22 (22%)	42 (42%)	35 (35%)
Не надавались	19 (19%)	69 (69%)	42 (42%)	32 (32%)

Примітка. Сформовано на основі проведеного дослідження

Згідно з даними табл. 3.2 можна відзначити високий рівень споживання послуг фізіотерапевтичного відділення респондентами групи незважаючи на те, що 51 респондент з 100 оцінили стан свого здоров'я як «хороший» та «дуже добрий».

У табл. 3.3 наведено розподіл відповідей респондентів групи щодо причин звернення за медичною допомогою до закладу охорони здоров'я.

Таблиця 3.3

**Розподіл відповідей респондентів групи щодо причин звернення за
медичної допомогою в КНП «Красилівська БЛ» КМР**

Причина звернення в заклад охорони здоров'я	Кількість відповідей респондентів
1	2
Розташування приміщення закладу охорони здоров'я біля дому пацієнта	17
В закладі охорони здоров'я працюють компетентні фахівці	14

Продовження табл. 3.3

1	2
В закладі охорони здоров'я пропонуються більш доступні та якісні медичні послуги	7
В закладі охорони здоров'я пропонується широкий спектр медичних послуг	6
Прикріплений до цього закладу охорони здоров'я за місцем проживання	57
Відсутність страхового полісу	0
Відвідування конкретного лікаря незалежно від місця його роботи	25
Економія часу	17

Примітка. Сформовано на основі проведеного дослідження

В якості основної причини звернення в КНП «Красилівська БЛ» КМР респонденти вказали «прикріплення до цієї установи за місцем проживання»: даний варіант відповіді вибрали 57 респондентів зі 100 опитаних цієї статевікової групи.

Відповідно до запропонованої нечітко-множинної методики моніторингу на першому етапі за допомогою формули (3.3) були розраховані нечіткі і отримані дефазифіковані рівні задоволеності респондентів за кожним підкритерієм. У табл. 3.4 наведені дефазифіковані середні рівні задоволеності респондентів якістю і доступністю медичних послуг за підкритеріями.

Таблиця 3.4

**Рівні задоволеності пацієнтів якістю і доступністю медичних послуг в
КНП «Красилівська БЛ» КМР за підкритеріями**

Підкритерії	Дефазифіковані середні рівні задоволеності
1	2
Інтегральний критерій 1	
Професіоналізм медичного персоналу, ставлення до пацієнта	
Доброзичливість, ввічливість та уважність лікарів	0,56
Доброзичливість, уважність, ввічливість середнього та молодшого медичного персоналу	0,53
Якість діагностики лікаря при огляді	0,57
Доступність та зрозумілість пояснень лікаря (про хворобу, можливі причини її виникнення, способи лікування, можливі побічні ефекти лікування і т. д.)	0,53
Якість діагностики та пояснень спеціалістів при проведенні обстеження (УЗД, ЕКГ і т. д.)	0,53
Якість проведення лабораторних досліджень медичним персоналом клініко-діагностичних лабораторій	0,57

1	2
Інтегральний критерій 2 Організаційна доступність	
Можливість отримання необхідної інформації про роботу закладу охорони здоров'я за допомогою комунікативних засобів (телефон, Інтернет)	0,54
Робота реєстратури	0,44
Графік роботи сімейного лікаря, своєчасність запису до нього	0,56
Графік роботи лікарів-спеціалістів, своєчасність запису до них	0,47
Час очікування прийому сімейного лікаря в черзі перед кабінетом	0,42
Час очікування прийому лікаря-спеціаліста в черзі перед кабінетом	0,46
Час очікування видачі направлення на проведення лабораторних досліджень, час очікування результатів лабораторних досліджень	0,52
Час очікування проведення діагностичних досліджень з моменту видачі направлення	0,50
Інтегральний критерій 3 Ресурси, матеріально-технічне забезпечення	
Умови перебування в закладі охорони здоров'я (стан будівлі, кабінетів і т. д.)	0,45
Перелік медичних послуг, що надаються в закладі охорони здоров'я	0,50
Інтегральний індекс 4 Результативність медичних послуг	
Своєчасність, повнота призначень і проведення обстеження лікарем, якість проведеного лікування	0,54
Повнота та якість діагностичного обстеження, лабораторних досліджень	0,56

Примітка. Сформовано на основі проведеного дослідження

Аналізуючи результати, можна зробити висновок, що в цілому опитані респонденти задоволені якістю роботи медичного персоналу КНП «Красилівська БЛ» КМР та результативністю наданих медичних послуг. За всіма підкритеріями інтегральних критеріїв «Професіоналізм медичного персоналу, ставлення до пацієнта», «Результативність послуг» отримані рівні задоволеності перевищують 0,5. Досить низькі оцінки задоволеності респондентів спостерігаються за підкритеріями «Робота реєстратури» (рівень задоволеності 0,44), «Час очікування прийому сімейного лікаря в черзі перед кабінетом» (0,42), «Умови перебування в закладі охорони здоров'я» (0,45). Дещо вище отримані оцінки за підкритеріями «Графік роботи лікарів-фахівців, своєчасність запису до лікарів-фахівців» (0,47), «Час очікування прийому лікаря-фахівця у черзі перед кабінетом» (0,46). Отримані результати

насамперед свідчать про відсутність та неефективність попереднього запису до сімейного лікаря та лікарів-фахівців.

На основі індивідуальних рівнів задоволеності за підкритеріями за допомогою формули (3.1) отримано індивідуальні та групові рівні задоволеності за інтегральними критеріями. Шляхом зважування з урахуванням важливості інтегральних критеріїв обчислено індивідуальні (формула (3.2)) та груповий рівень задоволеності якістю та доступністю медичних послуг (формула (3.4)).

У табл. 3.5 наведено нечіткі та дефазифіковані групові рівні задоволеності респондентів якістю та доступністю медичних послуг за інтегральними критеріями, загальні рівні задоволеності.

Таблиця 3.5

Рівні задоволеності пацієнтів якістю і доступністю медичних послуг в КНП «Красилівська БЛ» КМР за інтегральними критеріями

№ з/п	Інтегральний критерій	Рівні задоволеності	
		$U(K_i)$	$d(U(K_i))$
1.	Професіоналізм медичного персоналу, ставлення до пацієнта	(0,31;0,55;0,78)	0,55
2.	Організаційна доступність	(0,26;0,48;0,72)	0,49
3.	Ресурси, матеріально-технічне забезпечення	(0,24;0,47;0,71)	0,47
4.	Результативність медичних послуг	(0,31;0,54;0,78)	0,54
Загальний рівень задоволеності		(0,28;0,52;0,76)	0,52

Примітка. Сформовано на основі проведеного дослідження

Найбільш суттєві відмінності у рівнях задоволеності опитаних респондентів отримано для інтегрального критерію «ресурси, матеріально-технічне забезпечення закладу охорони здоров'я». Як зазначалося вище, це обумовлено, насамперед, менш комфортними умовами перебування пацієнтів у досліджуваному медичному закладі. Загальний рівень задоволеності опитаних респондентів якістю та доступністю медичних послуг в КНП «Красилівська БЛ» КМР можна оцінити як «середній».

В результаті проведеного емпіричного дослідження отримано первинну

інформацію про загальний рівень задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг в КНП «Красилівська БЛ» КМР. Результати проведеного дослідження дали змогу визначити напрями підвищення ефективності організації медичної допомоги в досліджуваному медичному закладі: професійний розвиток медичного персоналу; удосконалення комунікативної взаємодії між пацієнтами та медичним персоналом; підвищення рівня організаційної доступності закладу; підвищення ефективності використання ресурсів, модернізація матеріально-технічного забезпечення закладу; підвищення рівня результативності медичних послуг, що надають в закладі.

Рекомендуємо проводити представлений в параграфі моніторинг задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг раз в рік для виявлення вузьких місць в роботі досліджуваного закладу охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Проведене в кваліфікаційній роботі дослідження теоретичних, методичних та прикладних засад моніторингу якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, проведене на матеріалах КНП «Красилівська БЛ» КМР, дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції.

За основу дослідження у кваліфікаційній роботі покладено тріаду Донабедіана, відповідно до якої якість медичної допомоги визначається з позиції ресурсів, процесів та результатів.

В процесі дослідження встановлено, що для оцінки якості медичної допомоги використовуються індикатори, які є узгодженими показниками, за допомогою яких можна оцінити стан системи надання медичної допомоги. Вони дають змогу моніторити реалізацію програм з підвищення якості медичної допомоги за пріоритетними напрямками. Використання індикаторів якості медичної допомоги дозволяє забезпечити безперервний контроль якості медичної допомоги в період між прийняттям управлінських рішень.

На основі тріади Донабедіана в роботі систематизовано індикатори якості медичної допомоги та об'єднано їх у три групи: індикатори структури, індикатори процесу та індикатори результату.

В роботі встановлено, що найважливішим інструментом спостереження та аналізу, а також вагомим чинником у прийнятті обґрунтованих та найбільш ефективних управлінських рішень є моніторинг.

В роботі узагальнено наукові визначення поняття «моніторинг» та встановлено, що, в основному, вони відрізняються між собою ступенем деталізації його основних компонентів.

На підставі літературного огляду та аналізу джерел даної проблематики в роботі сформульовано визначення поняття «моніторинг», під яким запропоновано розуміти складну інформаційно-аналітична система безперервного спостереження, збору, обробки та дослідження інформації про стан об'єкта, його функціонування та розвиток протягом певного періоду часу, що створюється та регулюється суб'єктами моніторингу з метою забезпечення

повної, своєчасної та достовірної інформації та відповідної організації ефективного функціонування та вдосконалення об'єкта.

У кваліфікаційній роботі ідентифіковано основні складові системи моніторингу: предмет, методи, завдання та функції, мета, об'єкт та суб'єкт. Встановлено, що вони взаємопов'язані між собою та обумовлюють один одного.

В процесі дослідження встановлено, що моніторинг якості медичних послуг складається з кількох етапів: вхідний моніторинг – при прийомі пацієнта; проміжний моніторинг – визначає якість основного та додаткового обстеження; клініко-консультаційний аналіз – моніторинг етапів обстеження та лікування, аналіз медичної документації; вихідний моніторинг – перевірка історії хвороби пацієнта під час його виписки, оцінка результатів проведеного лікування та даних рекомендацій для подальшого лікування чи спостереження лікарем за місцем проживання пацієнта.

Моніторинг якості медичних послуг проводиться на різних рівнях: державному, регіональному та локальному (рівні окремого закладу охорони здоров'я). В роботі проведений аналіз передумов надання медичних послуг та проведеного моніторингу її якості на прикладі КНП «Красилівська БЛ» КМР.

КНП «Красилівська БЛ» КМР є «лікарняним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної/спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом» [40].

КНП «Красилівська БЛ» КМР входить до складу спроможної мережі закладів охорони здоров'я Хмельницького госпітального округу як загальна багатoproфільна лікарня.

В структурі КНП «Красилівська БЛ» КМР функціонує консультативно-діагностична поліклініка на 291 відвідування в зміну та стаціонар на 214 (на період дії військового стану розгорнуто 300) ліжок цілодобового перебування.

Спеціалізована медична допомога надається населенню колишнього

Красилівського та інших районів згідно визначених ДОЗ Хмельницької ОВА маршрутів пацієнта. Максимальний радіус обслуговування складає 60 км з орієнтовною кількістю населення – 48,8-60 тис. осіб.

У 2024 році КНП «Красилівська БЛ» КМР законтрактована НСЗУ по 16-ти пакетах медичних послуг і є фінансово самостійним підприємством без залучення зовнішньої фінансової підтримки з боку власника – Красилівської ОТГ.

В ході дослідження встановлено, що КНП «Красилівська БЛ» КМР має достатню кількість медичного обладнання, лікарських засобів, товарів медичного призначення, кваліфікованих працівників для надання 16-ти пакетів медичних послуг за програмою медичних гарантій НСЗУ. Окрім цього досліджуваний заклад охорони здоров'я активно надає платні медичні послуги пацієнтам. Наявне ресурсне забезпечення дозволяє закладу надавати якісні медичні послуги і медичну допомогу пацієнтам.

На основі проведеного аналізу виявлено, що в КНП «Красилівська БЛ» КМР проводиться ґрунтовна та системна робота в сфері управління якості медичних послуг та допомоги. В закладі розроблена політика у сфері якості, визначені цілі у сфері якості, розроблена та затверджена Настанові щодо якості, регламентовані процедури, інструкції, положення в сфері якості, організовано ведення записів (протоколів), які підтверджують результативність функціонування СУЯ. Окрім вищезазначених документів до системи управління якістю належать: локальні протоколи надання медичної допомоги (клінічні маршрути пацієнтів), медичні картки, положення про структурні підрозділи, посадові та інші інструкції і методики тощо; документи, необхідні лікарні для забезпечення результативного планування, функціонування та контролювання визначених процесів.

Політика у сфері якості КНП «Красилівська БЛ» КМР затверджена на засіданні Медичної ради. Вона є основною для визначення цілей закладу охорони здоров'я у сфері якості, відповідає його призначенню і середовищу функціонування, сприяє його стратегічному розвитку.

На основі політики у сфері якості КНП «Красилівська БЛ» КМР визначено цілі у сфері якості, які затверджені директором. Цілі визначені як для СУЯ у цілому, так і для окремих процесів. Зокрема, вони включають врахування та задоволення вимог замовників медичних послуг (пацієнтів). Для кожної з цілей визначено механізм її моніторингу. Всі цілі у сфері якості є вимірними та реальними.

В КНП «Красилівська БЛ» КМР розроблено та затверджена програма управління якістю надання медичної допомоги КНП «Красилівська БЛ» КМР містить такі напрямки: план впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги; план розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги; план дій з впровадження програми профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

Для удосконалення діючої системи моніторингу якості медичної допомоги в КНП «Красилівська БЛ» КМР в роботі запропоновано імплементувати в неї інноваційний напрямок – моніторинг задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг.

В роботі запропоновано систему критеріїв задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг, яка включає чотири інтегральних критерії: професіоналізм медичного персоналу, ставлення до пацієнта; організаційна доступність медичних послуг; ресурси та матеріально-технічне забезпечення закладу охорони здоров'я; результативність медичних послуг. Для кожного інтегрального критерію виділена система підкритеріїв.

На основі запропонованої системи критеріїв з проведений моніторинг задоволеності пацієнтів якістю та доступністю медичних послуг на прикладі КНП «Красилівська БЛ» КМР. Він проведений у формі організованого соціологічного опитування з використанням електронної анкети. У соціологічному опитуванні, організованому та проведеному червні-серпні 2024 року, взяли участь 272 респонденти, які отримували медичні послуги в КНП «Красилівська БЛ» КМР.

Аналіз отриманих результатів дав змогу встановити, що в цілому опитані

респонденти задоволені якістю роботи медичного персоналу КНП «Красилівська БЛ» КМР та результативністю наданих медичних послуг. За всіма підкритеріями інтегральних критеріїв «Професіоналізм медичного персоналу, ставлення до пацієнта», «Результативність послуг» отримані рівні задоволеності перевищують 0,5. Досить низькі оцінки задоволеності респондентів спостерігаються за підкритеріями «Робота реєстратури» (рівень задоволеності 0,44), «Час очікування прийому сімейного лікаря в черзі перед кабінетом» (0,42), «Умови перебування в закладі охорони здоров'я» (0,45). Дещо вище отримані оцінки за підкритеріями «Графік роботи лікарів-фахівців, своєчасність запису до лікарів-фахівців» (0,47), «Час очікування прийому лікаря-фахівця у черзі перед кабінетом» (0,46). Отримані результати насамперед свідчать про відсутність та неефективність попереднього запису до сімейного лікаря та лікарів-фахівців.

Результати проведеного дослідження дали змогу визначити напрями підвищення ефективності організації медичної допомоги в досліджуваному медичному закладі: професійний розвиток медичного персоналу; удосконалення комунікативної взаємодії між пацієнтами та медичним персоналом; підвищення рівня організаційної доступності закладу; підвищення ефективності використання ресурсів, модернізація матеріально-технічного забезпечення закладу; підвищення рівня результативності медичних послуг, що надають в закладі.