

ЛИСА Яна Миколаївна

**Стандартизація медичної допомоги в закладі
охорони здоров'я. / Standardization of medical
care in a health care institution**

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

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗм-24
Я. М. Лиса

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

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" ____ " _____ 20 ____ р.

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

ТЕРНОПІЛЬ - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
1.1. Об'єктивна необхідність стандартизації медичних, що надаються в закладі охорони здоров'я	5
1.2. Інституційні правила стандартизації МП	10
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	15
2.1. Аналіз організаційних та функціональних правил надання МП у ЗОЗ.....	15
2.2. Аналіз санітарних ресурсів досліджуваного закладу ЗОЗ.....	23
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	32
3.1. Підвищення ЯМП як важливий елемент забезпечення ЯМП	32
3.2. Методологічні засади розроблення стандартів поведження з медичною інформацією в медичній установі.....	38
ВИСНОВКИ.....	46

ВСТУП

Актуальність проблеми. Сьогодні ОЗ визначається як складна соціальна система і найважливіша частина суспільства. Для підвищення ефективності ЗОЗ важливо звертати увагу на медико-соціальні стандарти в Україні, згідно з якими доступ до МД та ЯМД визначаються всіма групами населення. Разом з тим, основною проблемою в організації ЗОЗ в Україні є велика невідповідність між соціальними нормами і нормами, що видаються державою, і фактичними шляхами забезпечення їх виконання, що в основному обумовлено фінансовими можливостями державного і муніципального бюджетів. Особливо гостро ці відмінності проявляються в наш час, коли соціальна, політична та соціально-економічна ситуація в Україні ускладнилася, а зовнішні атаки на нашу країну посилюються.

Саме тому зараз так актуально шукати шляхи забезпечення реалізації соцнорм, надання необхідних ресурсів для реабілітації жертв нападів бойовиків та глобальних викликів. У цих умовах важливо знайти модель перехідного періоду, яка забезпечить впровадження соціальних та медстандартів в Україні, адаптованих до поточної ситуації.

Аналіз останніх досліджень та наукових статей. Такі дослідники, як З. Гладун, Н. Дейкун, Л. Жаліло, Г. Ігнатська, В. Журавель, Л. Пиріг, В. Пономаренко, Н. Ярош та інші зосереджуються на оцінці здоров'я та соцнорм в Україні. Деякі науковці проаналізували історію стандартизації української системи ЗОЗ, пролили світло на етапи цього процесу та описали найцікавіші наукові результати, знайдені на тому чи іншому рівні. Сучасні наукові дослідження зосереджені головним чином на розробці гармонізованих медстандартів, що дозволяють об'єктивно оцінювати ефективність ЗОЗ в ОЗ. У той же час деякі аспекти стандартизації ЗОЗ вимагають глибоких досліджень, які актуалізують тему дослідження.

Метою кваліфікаційної роботи є вдосконалення теоретичних і практичних аспектів стандартизації ЗОЗ в ОЗ.

З цією метою визначені наступні завдання:

- дослідження об'єктивної необхідності стандартизації МП у ЗОЗ.
- вивчення інституційних правил стандартизації МП у ЗОЗ.
- аналіз організаційних норм та основних практик надання МД у відділенні ЗОЗ
- аналіз впровадження та розробки стандартів і протоколів надання МП;
- рекомендації щодо встановлення стандартів ЗОЗ як невід'ємної частини системи забезпечення ЯМП;
- методологічні засади розробки стандартобробки медінформації.

Об'єктом кваліфікаційної роботи є процес надання МД в медзакладі.

Предметом дослідження є стандартизація МД в медзакладі.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Об'єктивна необхідність стандартизації медичних, що надаються в закладі охорони здоров'я

Сьогодні ОЗ визначається як складна соціальна система і найважливіша частина суспільства. Одним із критеріїв ефективної системи ЗОЗ є наявність та якість МД в усіх частинах країни. Однією з основних проблем в організації ЗОЗ в Україні є великий розрив між державними гарантіями безкоштовної МД громадянам та фінансовою спроможністю державного та міського бюджетів, оскільки цей сектор розвивається протягом тривалого часу, що призводить до збільшення ліжок та медпрацівників.

На перехідному етапі промислових реформ існує нагальна потреба у фінансуванні передових технологій при вкрай обмежених ресурсах у сфері ЗОЗ, саме тому оцінка якості МД стає пріоритетною. Нинішня система ЗОЗ є дорогозатратною для держави та не відповідає вимогам якості медпрацівників чи пацієнтів та необхідності майже безперервної спільної участі пацієнтів у фінансуванні лікування.

Для забезпечення того, щоб держава та ДУ впливали на якість та ефективність ЗОЗ, необхідно розробити гармонізовані стандарти ЗОЗ, які дозволяють об'єктивно оцінювати ефективність надання МД в закладах ЗОЗ.

Медстандарт – «це стандартизований документ, який визначає перелік правил, стандартів та вимог щодо надання якісної МД та є способом дотримання показника або критерію оцінки низької свободи» [46].

Процес стандартизації української системи ЗОЗ розпочався у середині 1980-х років з впровадження принципу нової економічної системи в ОЗ. Цей процес характеризується розробкою клініко-статистичних груп, а також медико-економічних нормативів з впровадженням АСКЯ. Однак подальший розвиток

гальмувався відсутністю економічних механізмів і неможливістю розвитку ринкових відносин. Розвиток стандартизації медицини в умовах незалежності України отримав посилення як прагнення країни до визначення необхідного рівня та обсягу МД відповідно до медичних і технічних стандартів, а також до створення системи обов'язкового медстрахування.

Першою секторальною розробкою медстандартів у системі ЗОЗ країни є «Гармонізовані тимчасові правила застосування медтехнологій діагностики та порядку лікування лікарняних послуг для дорослих мешканців МЗ України, а також Тимчасові правила критеріїв якості медичного огляду, лікувальних заходів та лікування дітей» [4] ці стандарти являють собою перелік лікувальних процедур, які відображають момент звернення і очікуваний результат.

У наступні роки стандартизація медицини стала активно розвиватися як на промисловому рівні, так і на рівні окремих установ ЗОЗ, наукових установ і медстрахових компаній.

«Це знайшло своє відображення, зокрема, у розробці медстандартів амбулаторно-поліклінічної допомоги, прийнятих наказом Міністерства ЗОЗ від 28 грудня 2002 року № 507 про правила надання МД та показники, що стосуються якості МД» [4].

Впровадження стабільної та ефективної системи стандартизації ЗОЗ для населення України дає можливість підвищити ефективність надання МД населенню та приносить важливі переваги: «1) використання медичних технологій та лікарських засобів, ефективність яких науково доведена; 2) розглянути можливість оцінки ефективності та вартості технології; 3) оцінювати якість МП та проводити порівняльний аналіз рівня ЯМП, що надаються різними закладами ЗОЗ на одному рівні» [14].

Дослідження ґрунтується на принципі, що «впровадження єдиної системи ЗОЗ з економічною складовою збільшує можливість належного управління фінансовими, людськими, матеріально-технічними ресурсами, посилює роль та вплив громадян у формуванні регіональної політики у сфері ЗОЗ та зменшує фінансове навантаження на пацієнтів та їхні родини» [14]. Він забезпечує

прозорість системи взаємних рішень у сфері ЗОЗ та сприяє впровадженню ефективних заходів з ЗОЗ для реформування системи ЗОЗ. Крім того, «доступ до стандартів ЗОЗ, які враховують оцінку ефективності та вартості технологій, надає громадськості право на ЯМД та має бути правовою основою для захисту лікарів від необґрунтованих запитів з боку пацієнтів або їхніх родичів» [3].

«За даними Американського інституту медицини, помилки, допущені лікарями в діагностиці та лікуванні, стали причиною смерті майже 100 000 людей. Хворий. В Україні такої статистики немає. Сучасна система ЗОЗ в Україні не йде ні в яке порівняння з системою західних країн, а наші громадяни рідко відстоюють свої права в суді» [25].

Медстандарти є відносно новими поняттями в ОЗ і медтехніці, хоча їх прототипи існували вже дуже давно. Незважаючи на це, лікарі дотримувалися спеціальних правил для виконання певних процедур. Починаючи з 19 століття, американці зробили значний внесок у розвиток стандартизації. Так, як і в багатьох єврокраїнах, стандартизація в ОЗ є важливим місцем, яке стрімко розвивається, а стандарти служать орієнтиром для визначення ЯМД.

Основними вимогами до трансформації традиційної системи ЗОЗ в Україні є: «постійне зростання потреб у сфері ЗОЗ та підвищення якості населення; недостатнє фінансування системи ЗОЗ, нераціональне та неефективне використання наявних ресурсів у сфері ЗОЗ, значна частка необґрунтованих та/або неефективних заходів з ЗОЗ в системі ЗОЗ, стрімке збільшення кількості нових медичних технологій і препаратів у функцмедицині» [46]. Необхідність використання систем верифікації в повсякденній медпрактиці для підбору ефективних методик.

«Розробка стандартів вимагає часу і коштує дорого. В Англії, наприклад, потрібно від 2 до 2,5 років, щоб видати клінічні рекомендації для постановки діагнозу, близько 400 міль. фунтів стерлінгів» [25].

«Українська система ЗОЗ також може мати стандарти ЗОЗ на цьому рівні, уникаючи всього дорогого циклу документування. Така можливість можлива

завдяки методиці адаптації КР, розробленій у найбільших наукових центрах світу» [46].

Що стосується правового виміру медстандартів, то слід зазначити, що в міжнародній практиці КР вважаються рекомендованим документом для підтвердження наданої лікарями та пацієнтами інформації про належну медпрактику, ефективність якої науково доведена.

У кожному медзакладі повинні бути встановлені правила надання МД фахівцями, які відображають специфікації організації надання МД у відповідному закладі та забезпечують відповідність медстандартів критеріям якості, встановленим на національному рівні.

«Метою стандартизації МП є відповідність встановленим критеріям ЯМП шляхом ефективного використання ресурсів ЗОЗ в умовах обмежених ресурсів. Якість МД – це сукупність характеристик, які підтверджують, що надана допомога відповідає сучасним потребам і на рівні доказової медицини та технологій» [46].

Звичайно, фінансові можливості української системи ЗОЗ обмежують можливості створення хорошої стандартної системи, і такі перешкоди будуть подолані в майбутньому лише завдяки зростанню економічного розвитку країни.

Економвимір СМС є дуже важливим у зв'язку з існуванням багатьох інших методик лікування того ж захворювання, появою сучасних методик лікування та дорогих ліків, а також нестачею певних ресурсів для підтримки ЗОЗ.

«Обмежені ресурси визначають найвищі кількісні та якісні показники діагностики та лікування, які може забезпечити система ЗОЗ. В основних центрах клінічної стратегії в обов'язковому порядку проводиться розрахунок вартості запропонованого лікування і оцінка його доцільності. Оскільки стандарти ЗОЗ впливають на тип МД, що надається, слід враховувати облік витрат у всіх відповідних методах. Обмежені ресурси змушують вас обирати постачальника МП, який пропонує відповідні МП залежно від кількості можливих доступних витрат на ОЗ» [14]. Цей принцип дуже важливий, коли країна вирішує чітко визначити базпакет МП.

Оцінка ефективності надання МП є дуже складним завданням, оскільки не визначені основні КЕ. Ці критерії включають, але не обмежуються ними: покращення якості та доступності МП, наприклад, чи відповідають МП якимось потребам, чи доступні доказові лікарські засоби та технології, а також чи може більшість населення скористатися такими послугами.

«У західних країнах для аналізу ефективності ЗОЗ використовують кілька методів: аналіз зниження витрат; аналіз цінності продуктивності та аналіз переваг» [51]. «Аналіз економічної ефективності ґрунтується на оцінці ефективності альтернативних методів лікування та тестів, тому метод лікування, який вимагає витратити менше грошей, вважається економічно вигідним, а це означає, що лікування цією методикою, яка є дешевшою та ефективнішою, вважається економічно вигідним» [51]. Проводячи аналіз певних витрат ефективністю, треба розуміти, що медицина за рахунок додресурсів приходить з додвигодами. Такими перевагами можуть бути: збільшення тривалості життя, зменшення загострення захворювання і т.д.

Природно, що використання СІТ є обов'язковим при формулюванні медстандартів і при розрахунку вартості їх послуг. Завдяки наявності АТ розрахунку вартості медпроцедури, є можливість оцінити і розрахувати вартість лікпроцедур по стандарту, а також загальну вартість. Фіксований стандарт надання МД, що включає ІД та ЛП з сукупною вартістю їх використання, використовувані препарати, що відповідають стандартам, що містяться в сучасній бібліотеці, та протяжність перебування пацієнта в стаціонарі або вартість амблікування. Це означає, що вимоги Стандартів профорієнтації щодо витрат на ОЗ автоматично приймаються для підтримки, у тому числі в гарантованих державою розмірах.

Систему ціноутворення на МП в Україні слід розглядати як важливу частину економаналізу ЗОЗ на основі загальноприйнятих практик.

Тому основою процесу соціалізації АП є розробка та впровадження гармонізованих з їх фінансовою складовою медстандартів, які здійснюються відповідно до принципів забезпечення.

1.2. Інституційні правила стандартизації МП

Українське законодавство у Положенні про безпеку впливає з нагальної потреби забезпечення безпеки послуг і товарів або працівників. Однак, на відміну від двох останніх пристроїв, тут немає обмежень за часом для забезпечення безпеки сервісу. Виконавець, звичайно, повинен забезпечити безпеку послуги під час доставки і повинна бути відповідальність за збитки, незалежно від того, коли вони виникли.

Аналогічна процедура поширюється і на зміну умов гарантії на шкоду, викликану дефектами використання.

«Пункт 1 статті 16 цього закону передбачає, що постачальники послуг, які на підставі законів, нормативно-правових актів та адміністративних положень вимагають безпеки людського життя, здоров'я споживачів, захисту навколишнього середовища та запобігання шкоді майну споживачів, повинні мати сертифікати на ці послуги» [24]. ДР, враховуючи, що в законі йдеться про обов'язкову сертифікацію послуг, потенційно небезпечних для життя і здоров'я, має найбільш шкідливі і величезні наслідки.

А коли йдеться про туризм, готельні послуги чи навіть ОЗ, про вищезазначений підхід не йдеться. Однак у випадку з самою системою ЗОЗ, яка не може бути стандартизована і допускає або приймає обґрунтовану шкоду для здоров'я, необхідно забезпечити, щоб відповідні правила застосовувалися в першу чергу в разі відсутності шкідпослуг або відсутності послуг. «Стандартизація, за визначенням Міжнародної організації зі стандартизації (ISO) - це діяльність, що здійснюється в галузях науки, техніки, бізнесу тощо» [4]. Це рішення повторюваних завдань у своїй області, спрямоване на досягнення найкращого можливого порядку в даній області.

Позиція авторів щодо розробки та впровадження стандартів ЗОЗ є неоднозначною. Одні вважають, що систематично неправильно використовувати стандарти лікування хворих. Інші видання дотримуються протилежної точки

зору, наголошуючи, що якість є способом визначити, який обсяг МД може бути наданий пацієнту поза описовими. У рекомендаціях щодо оцінювання якості МД в обов'язковому медстрахуванні зазначено: «Незрозуміло, чи дотримані стандарти лікування та діагностичного процесу. Вона може бути оцінена різними способами, причому результати сприятливі для лікування, коли воно не настільки важливе, як було досягнуто, і несприятливі, коли оцінка змісту медичної діяльності стає остаточною. Лікар має право бути творчим, використовувати власні методи лікування, якщо він отримує позитивні результати» [24].

Разом з тим, немає сумнівів у тому, що вже зараз необхідно розробити стандарти якості та адекватності МП. «Цей комплексний процес повинен включати ключові методи лікування, стратегії та методи, а також розробку базових стандартів для всіх систем ЗОЗ» [24]. Відмінність від стандартів на лікарські засоби полягає в тому, що медпрацівник підбирає варіанти лікування для кожного споживача з індивідуальним підходом, але при цьому необхідно визначити можливі форми якості. Оскільки досі не існує законодавчих стандартів для системи ЗОЗ в цілому, кілька авторів проводять інтенсивні дослідження на цю тему. Наприклад, А. І. Вялков, формулюючи основні цілі стандартизації ЗОЗ для МД, закликає до якості МД та технології впровадження автономної МД. При цьому він вважає, «що медичне лікування є найважливішим і комплексним питанням. Також стверджується, що нормативно-правові акти повинні включати мінімальні стандарти та рекомендовані стандарти для МП. Мінімальні стандарти повинні гарантувати, що всі громадяни отримують однаковий рівень і якість МД» [4].

«Стандартизація доступу до МД – це наукова діяльність, що ґрунтується на статистичних дослідженнях, яка полягає у пошуку рішень типових процесів, що дозволяють встановити оптимальний порядок у визначенні даної сфери» [3]. Представляти широкий спектр звітів про випадки та рішення для обмеженої кількості типових зразків, включаючи скоординовану локалізацію на ключових етапах профзахворювання, які характеризують лікування в цілому.

Якість лікарських засобів, як правило, оцінюється на основі трьох ділянок: оцінка ресурсів, оцінка медвиробів та оцінка наслідків. Всі три аспекти якості перевіряються на відповідність стандарту. Таким чином, можна виділити три основні групи компонентів: «1) ресурси (медичні та фармацевтичні установи, інформаційні служби, персонал і його знання, матеріали і технічне оснащення); 2) процеси (лікувальні, діагностичні, профілактичні, реабілітаційні, планові та лікувальні методики); 3) вплив медичних втручань (результати того чи іншого виду лікування, його ефективність, соціально-економічні показники профілактики тощо). Ліцензування та акредитація проводяться з метою оцінки особливостей та порівняння процесів і наслідків медичних процедур з медичними стандартами діагностики та лікування пацієнтів» [14].

Тільки технології, функціональність, безпека та еконективність довели свою стандартність у сфері ЗОЗ, є правильним шляхом використання доказової медицини.

У зв'язку з особливостями української медицини неможливо використовувати іноземний досвід для розробки стандартів. Найближче до України, навіть якщо це здається парадоксальним на перший погляд, можна дістатися через нинішню систему ЗОЗ в країні, де значну частину екстреної допомоги складають лікарі та медсестри, але парамедики. Це стосується не лише поранених, а й виведення так званих швидких т в Україні.

МД надається за суворими стандартами: «фельдшери не займаються діагностикою або визначенням стану пацієнта, а працюють строго за обмеженим призначенням відповідно до описаного синдрому. Для деяких видів МД можна суворо дотримуватися стандартів, а МД можуть надавати неспеціалісти, але більшість медичних процедур вимагають професійного лікування, заснованого на індивідуальному стані здоров'я кожного пацієнта, заснованому на знаннях лікаря» [34]. У будь-якому випадку, як зазначалося раніше, необхідно встановити мінімальні вимоги до ЗОЗ. Як мінімум, лікар повинен знати, чого робити не можна. План лікування повинен включати традиційні методи з пацієнтом в домашньому догляді. З його можливими можливостями необхідно боротися в

рамках стандартизованих мультимодальних форм, за допомогою яких, як і при розпізнаванні образів, лікар повинен вибрати свою власну форму, але в рамках звичайного фото пацієнта. Медикаментозне стеження завжди пов'язане з якимось захворюванням і не може лікуватися окремо від нього. Правила ЗОЗ також повинні бути пов'язані з нефрологічною формою. Це нозологічний підхід до традмедицини. Роберт Хагглін зазначив, що «діагностика лежить в основі будь-якої медичної процедури. Очікується, що розробка стандарту буде заснована на тисячолітньому медичному досвіді. Але в медицині все – це гроші на довгий час; принцип і метод, за допомогою якого протягом тривалого періоду часу було відкрито багато прекрасних речей, а потім були відкриті й інші» [12].

Тому необхідно відповідати хоча б мінімальним вимогам, щоб мати можливість оцінити відповідну якість МД. Проте до недавнього часу позиція законодавця в цьому питанні була невизначеною. Наприклад, «... Ці правила не вважаються строго обов'язковими і не можуть бути змінені. Лікар може змінити їх або прийти до висновку з переконливими аргументами. Експерти поставлять під сумнів здатність лікарів підтверджувати ефективність, безпеку та відсутність негативних тактичних і стратегічних наслідків використовуваного ними варіанту лікування. Керівники можуть вбачати в передумові такого законодавця ліцензію на ігнорування правил, що призводить до сходження лавин, нестабільності в регуляторній системі, неможливості оптимізувати та систематизувати ресурси, прогнозувати результати тощо» [5].

У сфері ЗОЗ важливо визначити обґрунтованість медстандартів. В.А. Воробйов, В.І. Нововолодський вважає, що стандарт може бути введений в якийсь момент, і зацікавлене в стандарті агентство-розробник змушене постійно стежити за змінами, щоб розробити проект нового НД по стандартизації. Твердження про справедливість правила абсолютно вірно. Препарат, який постійно впроваджує нові технології, методи лікування з сучасними результатами, не тільки розробкою стандартів, а й постійними вдосконаленнями.

Довідки про стан здоров'я також незрозумілі. Перераховані вище правила та основні принципи ЗУ говорять про можливість отримання ліцензії, а також

про можливість отримання платних МП, якщо сертифікація відповідає ґрунтовним стандартам. Однак відповіді на це питання немає ні в українському законі, який не включає віднесення МП до переліку видів послуг, що підлягають обов'язковій сертифікації, ні до так званих СС на сьогоднішній день. Разом з тим, до видів діяльності, що мають суспільне значення, належать ДСН МП, які не розкриваються в конкретних НПА, а зібрані та класифіковані з метою захисту інтересів споживачів МП. Крім того, МП мають бути включені до переліку обов'язкових послуг, як для цілей контролю, так і в контексті життєвої важливості МП. Це забезпечить встановлення стандартів у медсфері та запровадження суворої системи контролю за дотриманням цих норм.

Цікавим фактом є те, що, згідно з вищезазначеними засобами, медустанови надають МД жителям тільки при наявності у них документів і ліцензій на обраний вид діяльності. Однак, як зазначалося вище, обов'язкової сертифікації для галузі ЗОЗ не існує. У разі відсутності такої довідки жоден із закладів не має права на платне лікування. З самого початку законодавець виходить з того, що правові положення, що визначають умови ПД, можуть визначатися не тільки федеральним законом, але і рішенням уряду про прийняття існуючих правил.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз організаційних та функціональних правил надання МП у ЗОЗ

Аналізуючи організаційні та практичні засади надання МД в ДУ «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області» (ДУ «ТМО МВСУ ХО»), ми починаємо з того, що створення такого фундаменту є невід'ємною частиною функціонального навантаження лікарні та її працівників. Тому даний аналіз проводиться в двох напрямках: «організаційна діяльність, пов'язана з лікарняною освітою, яка дає можливість медичним працівникам ефективно працювати над виконанням організаційних цілей, а також систематична координація завдань, офіційних звітів персоналу, який їх виконує, - практична діяльність, спрямована на досягнення мети діяльності установи, шляхом виконання завдань, покладених на них експертами організації» [34].

Це пов'язано з тим, що система установи та відповідний перелік обов'язків одночасно охоплюють такі пункти роботи: «організація (за нормативними актами: законами, режимом роботи, правилами їх застосування, внутрішнім трудовим законодавством тощо); комунікація (лінії зв'язку всередині і зовні лікарні); фактор часу (скільки часу потрібно для виконання частин діяльності з надання МП тощо), фізичні та технічні ресурси (матеріали та технічні ресурси, необхідні для реалізації адміністративних процесів, процесів надання МП тощо)» [34].

В цілому обов'язки установи можна розділити на: організацію, комунікацію, кадровий склад. В рамках цих напрямків управління лікарнями ресурси концентруються на вирішенні завдань організації, а проекти розподіляються між постачальниками.

Управління закладом має характеристики, наведені на рисунку 2.1, як система відповідальності, що включає: об'єктивне керівництво, можливість

створення цільових груп, максимальну участь персоналу в ППР та реалізації УР, індивідуальність, поступовий і одночасний успіх у використанні інструментів створення та підтримки можливостей комбінації та реалізації УР на всіх рівнях управління лікарнею.

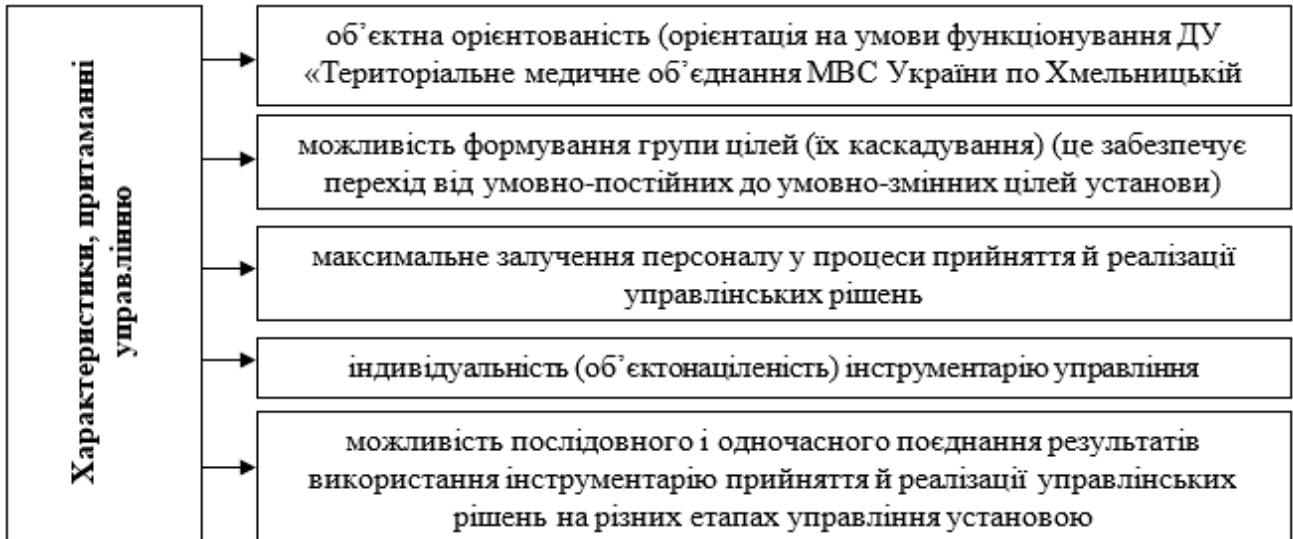


Рис. 2.1. Характеристики, притаманні управлінню ДУ «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області»

Примітка. Сформовано автором самостійно

У таблиці 2.1. відображені зони відповідальності установи та завдання, що вирішуються в цих частинах.

Важливість організаційної відповідальності установи та виконуваних там завдань зумовлена тим, що життя установи на сьогодні ускладнюється небаченням гнучкої адаптації до роботи. Більше завдань та обов'язків для співробітників, важливість якісного та доступного догляду.

У цих умовах об'єктивно необхідним є забезпечення організаційної та комунікативної комунікації із споживачами МП. У цьому контексті важливо встановити чіткі розпорядок роботи підрозділу ЗОЗ за допомогою регулювання, якщо це можливо.

Установа, як формальна організація, створена спеціально для виконання завдань та функцій у сфері ЗОЗ, може успішно функціонувати лише за наявності зводу документів, що регламентують комунікацію, звітність та методи управління, на яких базується організаційна система. Їх можна розділити на:

«правила і норми, що регулюють відносини між працівниками, які працюють на обладнанні для контролю, і виконанням покладених на них завдань, правові та технічні стандарти, що визначають процедурні елементи, пов'язані з виконанням кожного адміністративного завдання, діяльності та процесу в цілому (конкретні директиви, стандарти, ієрархії прийняття рішень, документи, організаційні схеми тощо)» [48].

Таблиця 2.1

**Сегменти відповідальності в ДУ «Територіальне медичне об'єднання
Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області» і
вирішувані у рамках цих сегментів завдання**

№ з/ п	Назва сегменту відповідальності	Завдання в рамках сегменту відповідальності
1	2	3
1	Організаційна	- регламентування і координація планової поточної (функціонування) та стратегічної (розвиток) діяльності працівників структурних підрозділів лікарні з метою забезпечення досягнення завдань; - розподіл завдань щодо забезпечення функціонування і розвитку лікарні між різними рівнями управління нею; - делегування повноважень і відповідальності командам виконавців (або окремим виконавцям) різних рівнів, чим забезпечується наближення засобів розв'язання проблем до місць їх виникнення, створюються можливості щодо вибору найбільш раціональної форми реалізації ініціатив у залежності від специфіки вирішуваних проблемних питань; - оцінка діяльності ДУ «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області» та роботи її персоналу.
2	Комунікаційна	- забезпечення дієвого зворотного зв'язку між всіма рівнями і ланками управління ДУ «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області»; - забезпечення комунікативної взаємодії ДУ «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області» і її працівників із споживачами медичних послуг.
3	Кадрова	- забезпечення усвідомлення персоналом зв'язку його діяльності з розв'язанням проблем функціонування і розвитку лікарні; - мотивація і стимулювання праці медичного персоналу.
4	Матеріально-технічна	- формування необхідного матеріально-технічного забезпечення лікарні для надання нею якісних медичної допомоги і медичних послуг, реалізації у ній управлінських процесів.

Примітка. Сформовано автором самостійно

Наказ про діяльність ґрунтується на: «внутрішні організаційні документи, що створюють внутрішнє правове середовище для виконання роботи. Вони розроблені у повній відповідності до нормативно-правових документів щодо функціонування закладів ЗОЗ. Декрет-закон має ієрархічну структуру функціонування МЗ різних рівнів, основою якої є КУ. Законодавство та нормативно-правові акти України також передбачають юридичний супровід діяльності цих організацій. Внутрішні організаційні документи стосуються діяльності закладів ЗОЗ та завдань системи управління та працівників» [8].

НПБ, що визначає специфіку керівника управління МЗ на належному рівні, а також обов'язки і повноваження підлеглих.

Виходячи з теххарактеристик, розрізняють типові документи і окремі оргдокументи. Залежно від регіону, оскільки оргдокументи охоплюють зміст бухгалтерських, контрольних та аналітичних організацій, вони поділяються на види робіт, які регулюють наступне: «бухгалтерські процеси (брошури, стандарти і т.д.), управління та аналіз процесів (графіків, систем), обліково-аналітичні процеси (нормативи, нормативні принципи бухгалтерського обліку), робота керівництва лікарні (правила роботи відділення, опис завдань співробітників)» [18].

Реалізація установи вказує на те, що оргдокументи регламентують діяльність наступним чином.

Основним НД для роботи установи є Статут. Рішення установи є основним актом нагляду з боку адмінлікарні. Мета полягає в розмежуванні функцій, повноважень, прав і обов'язків в системі управління по відношенню до діяльності оргодиниці та її керівників.

«Поступова реалізація проєктів, спрямованих на забезпечення функціонування та розвитку лікарні на всіх рівнях ієрархії, регулюється Главою 2 Статуту про завдання, права та функції державної установи, в якій зазначено, що основні завдання, права та функції лікарні визначаються законодавством України з питань охорони громадського здоров'я. Нормативні документи МВС, Міністерства ЗОЗ України та чинний статут» [28].

Підготовка документів, що регламентують оргроботи, у тому числі погодження з закладом, здійснюється відповідно до таких принципів: прозорість, пріоритети, обов'язковий соціальний захист працівників. Ці ж принципи мають місце у внутрішньому аспекті лікарні, яке також є певним документом, що регулює роботу лікарні та її працівників.

«Посадова інструкція визначає посаду (місцезнаходження) працівника в системі управління медичним закладом, призначає окремі види діяльності, надає необхідні повноваження для виконання громадських обов'язків, а також регламентує делегування повноважень і відповідальності» [3].

Важливим завданням в організації обов'язків установи є оцінка роботи його діяльності та співробітників.

Діяльність установи та робота її посадових осіб, оцінка відображена в щорічних звітах про проведену діяльність.

Заклад, в тому числі проектна діяльність, відображена в документах установи. Ця програма включає в себе наступні заходи:

- «удосконалити систему управління вашою компанією
- виконання національних та регіональних планів;
- підготовка відповідної та технічної документації;
- амбулаторне лікування, діагностика тимчасової та постійної втрати працездатності;
- лікарня;
- охорона праці та техніка безпеки;
- здійснення заходів щодо підвищення культури здоров'я населення та формування здорового способу життя» [34].

Застосування норм і стандартів в роботі лікарні є свідченням реалізації такого підходу в управлінні організацією. Стандарти розроблені у вигляді показників, що вказують на відносний розмір використання інструментів і заготовок. Якість – «це завжди усвідомлена дія або дія. Стандарти розроблялися протягом тривалого періоду часу, і існують певні умови для виконання роботи. Якщо норматив не змінено протягом певного періоду, він може бути

переглянутий протягом цього ж строку з урахуванням зміни умов виробництва» [13].

Організаційна підсистема установи вимагає встановлення стандартів для власної роботи. Так, згідно з даними Звіту про зайнятість населення за 2023 рік, серед таких показників: «заповнені медичні вакансії: 97,9%; кваліфіковані лікарі: 94,9%; лікарі, які досягли пенсійного віку: 34,4%» [31].

Організаційна оптимізація полягає в розробці стандартів, які використовуються в управлінні лікарнею. Наприклад, у випадку з регулюванням робочого часу слід зазначити, що для гарантії МД всім завжди потрібне безперервне та повне постачання. Тому МЗ особливо лікарні, працюють завжди. Такий спосіб роботи вимагає постійної присутності фахівців, які зможуть швидко і якісно надати необхідну допомогу. Для цього палата медпрацівниками проводиться вдома і в закладі, так звані невідкладні стани.

Важливість відділу комунікації установи ґрунтується на тому, що ця організація прагне вдосконалювати свою діяльність, підвищувати якість надання МД та забезпечувати безпеку пацієнтів і спеціалістів. Цей розділ гарантії включає наступне:

- ефективний зворотний зв'язок між усіма рівнями та поглядами в управлінні лікарнею;
- комунікація між установами та працівниками і споживачами МП.

Установа перейшло до компетенції Департаменту кадрів.

Реалізація роботи відділу кадрів установи свідчить, що основним напрямком його діяльності на сьогодні є підготовка та ПРКР.

При аналізі персоналу лікарні використовується і розраховується співвідношення $K_{\text{кл}}$ між кількістю заповнених посад ($\Pi_{\text{факт}}$) і кількістю затверджених посад (формула $\Pi_{\text{пл}}$ 2.1).

$$K_{\text{уп}} = \frac{\Pi_{\text{факт}}}{\Pi_{\text{пл}}} \quad (2.1.)$$

Аналіз працівника проводиться на основі інформації, наданої в запиті працівника.

«За нашими розрахунками ми з'ясували, що відсоток робочих місць, зайнятих лікарями, у 2023 році становив 97,9%; ліцензованих лікарів – 94,9%; Лікарі пенсійного віку: 34,4%. На основі цих даних можна визначити, що фактична кількість вакансій не відповідає реальній потребі, а це означає, що вони не здатні надати кількість МП, необхідних для задоволення потреб суспільства. Це призвело до перевантаження персоналу та зниження рівня і якості МД, що надається населенню» [31].

Техпідтримка виробничих процесів в лікарнях вимагає забезпечення безпеки приладів, обладнання, персоналу, який вони використовують у своїй роботі. З цієї причини техдопомога здійснюватиметься паралельно з інфпідтримкою безпечної праці на базі установи, яка здійснюватиметься за такими етапами:

«1) збирати всі форми техдопомоги, пов'язані з виробничими процесами лікарень, включаючи діяльність, що забезпечує дотримання вимог ЗОЗ та безпеки;

2) аналіз отриманої інформації, що є обов'язковим щодо методів організації праці;

3) Аналіз ступеня відповідності вимогам з охорони праці та техніки безпеки всіх організаційних підсистем установи;

4) Інша інформація, що стосується належного розвитку та функціонування інформаційної складової технічної допомоги у лікарняному виробництві (наприклад , захист інформаційного середовища, створення внутрішніх баз даних та довідників тощо)» [34].

До системи оргзаходів щодо забезпечення безпеки установи входить: своєчасне навчання та підготовка МТК у сфері БП; належна ОРМ та робочого часу МП; використання захисних засобів; призначення силовиків; періодичне обстеження та розробка техпрограм електромеханічного обладнання та випробування електрообладнання, використання попереджувальних сигналів тощо.

Таким чином, аналізом обов'язків установи встановлено, що лікарня не є самостійним закладом і тому не може самостійно розпоряджатися своїми ресурсами в частині бюджетування, прийняття ІР та реалізації КП. У той же час він може керувати своєю повсякденною діяльністю, організовувати спільну роботу, приймати рішення, створювати плани дій з будівельних блоків та створювати персонал для надання високоякісних МП споживачам. Це важливо для забезпечення безперебійної роботи лікарні в зоні її відповідальності та має використовуватися для підвищення ефективності лікарні та її персоналу. По суті, це повинно бути зроблено на основі підходу до УП.

«До завдань керівника входять заходи, які керівник виконує на постійній основі. Крім того, існують адміністративні посади, які охоплюють всі відділи, а також є додаткові обов'язки, пов'язані із заходами в процесі лікування пацієнта. Тому обов'язки керівництва мають визначатися виходячи з організації та складу організаційного підрозділу установи. Це повинно бути чітко визначено в зоні відповідальності» [8].

Аналіз практик компетенції установи показав, що принцип належної якості обслуговування, заснований на оцінці МП, не дотримується повною мірою, зокрема: МД не завжди гарантує оптимум поліпшення стану здоров'я пацієнта, ці послуги не завжди передбачають чуйність та увагу до самопочуття пацієнта.

Принцип ЯП та їх застосування в роботі установи вимагає не тільки спрощення оргмоментів роботи, а й максимального впровадження в діяльність, спрямовану на налагодження внутрішньої та зовнішньої комунікації зі споживачами МП.

2.2. Аналіз санітарних ресурсів досліджуваного закладу ЗОЗ

Навчання та прийняття рішень у сфері стратегічного управління є виключною відповідальністю керівника установи.

Крім того, виключними повноваженнями керівника є організація роботи обґрунтованого підбору персоналу та створення умов для підвищення проф та компетентного рівня працівників, згідно із затвердженим штатним розписом установи (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Штатна чисельність працівників Державної установи «Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України по Хмельницькій області»

Найменування посад	Число посад в цілому в закладі		у тому числі в поліклініці (амбулаторії)		Число фізичних осіб основних працівників
	штатних	зайнятих	штатних	зайнятих	в цілому в закладі на зайнятих посадах
А	1	2	3	4	5
ЛІКАРІ - УСЬОГО	32,75	27,50	22,25	19,00	30,00
у т.ч. спеціалісти: керівники закладів та заступники	2,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Терапевти - усього	10,00	10,00	5,00	5,00	11,00
з них: дільничні	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00
кардіологи	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
гастроентерологи	1,00	0,50	1,00	0,50	1,00
ендокринологи	0,50	0,50	0,50	0,50	0,00
інфекціоністи	0,50	0,50	0,50	0,50	1,00
фізіотерапевти	0,50	0,50	0,00	0,00	1,00
лікарі кабінетів ФД та ЕКГ	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
хірурги	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
травматологи					
ортопеди	0,50	0,50	0,50	0,50	0,00
урологи	0,75	0,25	0,75	0,25	0,00

А	1	2	3	4	5
анестезіологи-реаніматологи	0,25	0,00	0,25	0,00	0,00
ендоскопісти	0,25	0,25	0,25	0,25	0,00
стоматологи	2,50	2,50	2,50	2,50	5,00
акушери-гінекологи	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Педіатри-усього	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
з них: дільничні	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
офтальмологи	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
отоларингологи	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
невропатологи	3,00	1,00	1,00	0,00	2,00
дермато-венерологи	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00
лікарі-лаборанти	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00
лікарі ультразвукової діагностики	1,00	0,50	1,00	0,50	0,00
рентгенологи	1,00	0,50	1,00	0,50	0,00
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	2,00	2,00	0,00	0,00	3,00
Середній медперсонал - усього	43,50	40,50	20,50	19,50	46,00
у тому числі за спеціальностями: (медичні сестри	30,00	28,50	17,50	17,00	32,00
фельдшери	2,00	1,50	2,00	1,50	2,00
лаборанти клінічної лабораторії	3,50	3,50	0,00	0,00	3,00
рентгенолаборанти	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
медичні сестри ФТО	4,00	3,00	0,00	0,00	4,00
інший медичний персонал	3,00	3,00	0,00	0,00	4,00
Провізори	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Фармацевти	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Молодший медперсонал	11,75	11,50	5,00	4,75	16,00
Інший медперсонал	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Усього посад	91,00	82,50	47,75	43,25	96,00

Примітка. Наведено за матеріалами ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області»

Основною формою адміндіяльності закладу є внутрішнє регулювання праці, яке розроблено відповідно до чинного законодавства України з метою забезпечення чіткої організації праці, належних та БУП, підвищення продуктивності та ефективності, РВРЧ, посилення контролю на ринку праці.

Труддисципліна забезпечується керівництвом лікарні, яка нею керує, створенням оргумов і фінумов для високопродуктивної праці, відповідальним ставленням працівника до роботи і пропагандою свідомої праці.

«Правила є обов'язковими для виконання сторонами трудових відносин. Працівники, які порушують контроль на ринку праці, можуть бути покарані дисциплінарними заходами. Визначення режиму роботи працівників відповідного МЗ є важливим засобом інформування та забезпечення адміністративної діяльності установи» [18].

МІС також забезпечили розвідувальну та аналітичну підтримку успішної адміндіяльності установи у вигляді сукупності методметодів, техзасобів та алгоритмів управління, спрямованих на збір, зберігання, обробку та передачу інформації про роботу МЗ та контроль якості надання йому МД здоров'я.

Оперативне впровадження заходів щодо підтримки розвідувальних служб у роботі установи здійснюватиметься поступово, шляхом проведення комплексу робіт, а саме: «збір необхідної інформації за допомогою публічного зв'язку з декількома відкритими датами, неофіційного спілкування з власниками конфіденційної інформації та спеціальних технічних засобів, підготовка та систематизація зібраної інформації для планування майбутніх досліджень. Для цього створюються класифікації інформації та документів, внутрішні бази даних, папки, аналіз отриманої інформації, включаючи повну обробку отриманих даних за допомогою різних технічних і аналітичних методів, захист інформаційного середовища медичного науково-дослідного інституту, зовнішня освітня діяльність, спрямована на створення гарного іміджу та запобігання репутаційному збитку науковій установі» [7].

Сьогодні, завдяки нинішньому оснащенню МЗ комптехнікою та найпопулярнішим ПЗ, можна прискорити найпростіші процеси моніторингу: введення даних, статобробку, графічне представлення, зміну динаміки.

Водночас, «впровадження ЕМК, ЕПП, ЕР, що містять інформацію про клінічні діагнози, рецепти, результати лабораторних та діагностичних досліджень, динаміку захворювання та помилки догляду, які завжди представлені в режимі реального часу та у святковому календарі, може бути важливою стратегією моніторингу клінічних результатів у найкоротші терміни» [48]. Розрахуйте вартість кожного клінічного випадку, оцініть обсяг і кількість

небезпечних процедур. Ця здатність ІС ЗОЗ дозволяє нам розглядати їх як важливий інструмент для ключових працівників, МП МЗ, який ми вивчаємо, для прийняття обґрунтованих рішень без фінансресурсів, людських, матеріальних та технологічних ресурсів.

Основними методами регулярного збору, вимірювання та аналізу даних про ефективність діяльності окремого або цілого закладу ЗОЗ є такі методи: «статистика, огляд, порівняльний аналіз, клінічний та економічний аналіз, соціологічний, спостережний, систематичний метод та аналіз» [8].

Чек-лист – «це паперова форма для перерахування та класифікації вихідних даних, у тому числі невідповідностей. Симптоми – традиційні симптоми – фіксують кількість об'єктів, подій та явищ на основі певних орієнтирів, таких як запис пацієнтів, які отримали або не отримали медикаментозне лікування, перенесли операцію тощо» [8].

Діаграма стандартвідхилення може бути використана для визначення причинно-наслідкового зв'язку між двома або більше змінними.

Використання цих приладів дає можливість збирати дані, оцінювати їх відповідно до визнаних стандартів і правил, виявляти порушення для поліпшення якості надання МД, де показником є безпека і здоров'я.

Завдяки профметоду, який використовується в роботі МЗ, можна отримати експертний висновок та консультацію шляхом вивчення процесів, матеріалів та явищ ПКФ.

Стандарти акредитації у сфері ЗОЗ вимагають від заввідділень перевірки якості лікування та ДП на основі ПМД. Тому в ньому розглядаються види заходів з охорони праці, які повинні бути впроваджені в даний період. Крім того, отримані результати будуть порівнюватися з характером і частотою застосування процедур і заходів, запропонованих в існуючих критеріях, керівних принципах, а кількість відступів буде розрахована відповідно до положень Регламенту. Результати аналізу зібраних даних також використовуються як вихідні дані для прийняття управлінським керівництвом рішення щодо поліпшення умов функціонування СОП. Використання критеріїв, інструкцій у

процесі тестування надає тесту об'єктивного відтинку.

Поширеною формою дослідження займаються практикуючі лікарі, члени клінічних комісій, експерти медичних установ. Згідно з його рішенням, оцінка клінічних комітетів зосереджена переважно на несприятливих результатах надання МД. Методологічні методи спільної оцінки ЗОЗ аналогічні індивідуальним оцінкам. У той же час при виникненні незвичайного перебігу захворювання може виникнути необхідність в оцінці кожного фахівця окремо з точки зору правильного судження лікаря і відповідності методикам, стандартизованим в дозвільному документі.

Серед сучасних методів КЕА, що використовуються в роботі установи, є методи, які можуть бути використані для розрахунку взаємозв'язку між вартістю і отриманими результатами.

Таким чином, СМЛ спрямовані на вивчення поглядів пацієнтів на ЯМЛ та виявлення поточних рішень або потреб пацієнтів. Матеріалами соцдосліджень СКЯ МД та ефективності лікарень як учасників ЛДП, а також надавачів МП є медпрацівники. Опитування дозволяє медпрацівникам оцінити їх задоволеність своєю роботою та іншими завданнями, умовами праці, підтримкою в інформуванні працівників та соцзахистом.

Метод моніторингу використовується в роботі установи для безпосереднього управління уповноваженою установою на предмет дотримання правил. Начальник медслужби МЗ здійснює перевірки в адмінколах, відвідуючи кабінети керівників і спілкуючись з підлеглими в процесі своєї оперативної діяльності.

Ці методи дозволяють систематизувати отриману інформацію, налагодити зовнішні і внутрішні контакти для забезпечення ефективного функціонування організації ЗОЗ з подальшим прийняттям відповідних УР.

«У клінічній практиці використовується безліч інструментів для планування процесу лікування та оцінки якості найбільш відомої МД, керівних принципів, стандартів та клінічних протоколів лікування пацієнтів» [8].

З метою забезпечення ефективної роботи установи розроблено рецепти на лікарські засоби. Вони відносяться до категорії інформативних і методичних документів, в яких міститься перелік правил, стандартів і вимог щодо надання якісних МП, а також відповідність керівним або оціночним критеріям.

Хоча в українській системі ЗОЗ в цілому, крім роботи установи, існує ряд високих стандартів, які лежать в основі роботи цього МЗ і протоколів лікування, є якістю цього розвитку в порівнянні з міжнародною практикою.

З цієї причини в рамках діяльності установи були впроваджені медстандарти, клінічні протоколи надання МД, з розробкою ЛП надання МД. Дослідження пропорційності надання МД державним вимогам до рецептів, нормативних актів та клінічних протоколів проводиться відповідно до наказу установи.

Для побудови сучасної системи ЗОЗ, «заснованої на принципах доказової медицини та клінічної епідеміології, необхідно було розробити та прийняти методику створення медстандартів, які відповідають визнаним світовим практикам на основі доказової медицини, спираючись на досвід України у плануванні розробки цих стандартів. З цією метою Міністерство ЗОЗ України направило мандат до Європейської комісії, що є дуже важливим завданням у розробці наукового методу встановлення медстандартів на основі міжнародних методів» [12].

Передумовами реалізації проектів проекту в Україні стали такі фактори: «постійне зростання попиту та ЯМП для населення; недостатнє фінансування системи ЗОЗ, нераціональне та неефективне використання наявних ресурсів у сфері ЗОЗ, значна частка необґрунтованих та неефективних втручань у сфері ЗОЗ, поширення нових технологій і нових лікарських засобів у функціональній медицині. відсутність консенсусу з ключових питань для розвитку системи стандартів ЗОЗ, необхідність використання системи підтвердження концепції в повсякденній медичній практиці для вибору ефективних методик» [37].

Рівень медпрактики медпрацівників у закладі виглядає наступним чином: «медсестринська етика; дотримання гігієнічних та епідеміологічних систем;

дотримання правил внутрішнього розпорядку та систем охорони праці; заповнення рецептів; навчання дотриманню трудового законодавства (недотримання трудового законодавства: значна адміністративна, дисциплінарна та кримінальна відповідальність); дотримання норм охорони праці» [37].

Клінічні протоколи в стаціонарі, інструкції з надання МД, є різновидом НА, які відповідають на питання: хто, коли, де, який прилад, в залежності від системи і т.д. Він обслуговує певну категорію пацієнтів. Протоколи мають безпосереднє відношення до організації досліджуваного МЗ, ситуації і фінможливостей адекватного і техзабезпечення, що надається організації, а також відповідності вимогам медстандартів.

Контроль за дотриманням вимог і стандартів клінічних протоколів проводиться в три етапи: «на відомчому рівні - заступник директора з питань ЗОЗ; на рівні кожного лікаря для оцінки якості лікування, на рівні лікарень, з комплексною оцінкою вашої загальної діяльності (включаючи палати)» [37].

Існує ряд проблем при стандартизації надання ДП. Відомо, що стандарти медвиробів фрагментовані, щоб стандартизувати МД, включаючи перелік необхідних медпроцедур, кількість, якість та точну тривалість для пацієнтів. До теперішнього часу в Україні не розроблена стандартна технологія МРТ-аналізу, що вимагає від компанії незалежної організації для потенційних аналітичних можливостей апарату.

Документи про процес якості закладу ЗОЗ займають особливе місце в процесі надання МД, а також у проектуванні та функціонуванні системи УЯ закладу ЗОЗ. «Для успішного вирішення проблеми рекомендується мати повний комплект медичної та технічної документації: клінічні рецепти, медичний клас, індивідуальні протоколи медичної діагностики, локальні клінічні протоколи медичної діагностики. Ці документи регулярно переглядаються. Клінічний протокол повинен включати в себе медичний діагноз у вигляді простого документа, що описує вимоги до медичних втручань» [37]. У медзакладі достовірним документом має бути локальний кодекс етики надання МП, який передбачає координацію та прогнозування прийомів та методів ДП, регламентує запис інформації про стан здоров'я, проводить КД.

Основним призначенням МТД є управління процесом ЗОЗ.

Другим блоком документів, який визначає ринкові умови надання МП, є документи, що дозволяють організувати співпрацю: правила та посінструкції. При наданні МП і в роботі компанії документальна інформація дуже важлива, так як повна, функціональна інформація дає можливість приймати правильні рішення, наприклад, керівництву закладу, а також лікарям - фахівцям, які надають індивідуальні справи.

Звичайно, при роботі з документами потрібно керуватися правилами і нормами, які дозволяють створювати документи за певними правилами. Щоб забезпечити безпеку цінних документів, потрібно підтримувати систему імен і мати файл.

Відповідно до терміну зберігання всі види документів оформлюються відповідно до терміну зберігання: «а) для організаційно-адміністративних, фінансових та бухгалтерських цілей, купівлі-продажу, кадрових цілей; б) залежить від типу опори: паперова, фотоплівка, магнітна опора; в) термін придатності: тривалого зберігання, тривалого зберігання, тимчасового зберігання. Тому чинна система документообігу зазвичай виконує завдання, пов'язані з управлінням робочими матеріалами, пов'язаними з наданням МП» [5].

Разом з тим, своєчасність та оперативність подання документів для прийняття рішень залишається предметом занепокоєння, що відображає необхідність спрощення процесу документообігу у відповідному медцентрі.

Завдяки впровадженню ЕД та спрощенню часу на заповнення меддокументації в медзакладі з'являється великий потенціал для документального оформлення надання МП. Впровадження ІТ в медицину має ряд переваг, серед яких ІАД до баз даних, економія фінанкоштів і раціоналізація праці працівників, активне просування послуг і, таким чином, підвищення ЯМП.

У той же час, «застосування цієї практики вимагає використання декількох рівнів для захисту ІС ЗОЗ, щоб неможливо було ідентифікувати дані пацієнта в разі хакерської атаки на сервер або несанкціонованого доступу до конфіденційної інформації» [8].

В число можливостей використання ІТ рекомендується включати РК і механічний контроль компетентного МЗ за пропонованими пацієнтам послуги, а також інформацію про іншу частину діяльності.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Підвищення ЯМП як важливий елемент забезпечення ЯМП

Одним із шляхів забезпечення ЯМД є встановлення санітарних норм. Стандартом ЗОЗ є встановлені державою стандарти, правила, моделі, вимоги та характеристики, відповідно до яких повинна плануватися, впроваджуватися та оцінюватися діяльність, пов'язана з наданням МП.

На основі Державної гарантії надання ЯМП можна виділити три основні напрями реалізації:

1) «розробка та впровадження медичної та технічної документації (далі – МТД), пов'язаної з наданням МП. До них належать: індивідуальне клінічне керівництво; Стандарти з найбільш актуальних питань ЗОЗ, нові клінічні протоколи ЗОЗ, узгоджені клінічні протоколи тощо;

2) створення ефективних систем (моделей) управління якістю в ОЗ відповідно до вимог та рекомендацій міжнародних стандартів ISO 9000 та критеріїв якості ВООЗ;

3) розробка чітких технологій та процедур для моніторингу якості МД, включаючи клінічні дослідження» [4].

Відповідно до першого підходу, актуалізувалися питання встановлення стандартів у сфері ЗОЗ, які відповідають МВ. Стандартизація цих послуг тепер вимагає від громадян задоволення потреб громадян у безпечних та якісних МП. Впроваджувати НПТ в медицину, раціоналізувати витрати на ОЗ та забезпечувати оплачувану МД.

Законодавство України містить перелік НПА щодо якості та безпеки МД: «санітарні норми (прописані) клінічні протоколи; перелік матеріалів і технічного оснащення. лікувальні формули; інші норми, правила та положення, що стосуються ЗОЗ та соціальних послуг. Дотримання вимог стандарту є

обов'язковим для всіх медичних установ і для приватних власників, які здійснюють тимчасову медичну діяльність» [44]. В цілому МТД покликана забезпечити включення стандартів ЗОЗ КН за діяльністю системи ЗОЗ повсюдт та акредитації закладів ЗОЗ. ЄКП для ЗОЗ та нові КП для ЗОЗ визначають вимоги до структури, процесу та ефективності системи ЗОЗ та створюють основу для КО. Цей показник відображає стандартизовану систему ЗОЗ в Україні.

Наше правове поле встановлює основні вимоги до змісту стандартів ЗОЗ, включаючи, по-перше, щоб вони були чіткими і вимірюваними; по-друге, вона повинна бути науково обґрунтованою та враховувати вимоги клінічних настанов, по-третє, вона повинна бути написана простою мовою; по-четверте, зосередитися на КП і включити структурні фактори, що впливають на якість МД; по-п'яте, його слід регулярно переглядати, оновлювати та обговорювати з громадськістю в процесі розробки, по-шосте, повинна існувати актуальна, життєздатна і прозора можливість для розвитку сектору ЗОЗ в цілому.

Конструктивно стандарт догляду містить такі основні елементи:

- «назва (відображає сектор, на який поширюється стандарт)
- положення стандарту (в цій частині стандарту детально описується рівень МД, що підлягає наданню в залежності від особливостей процесу, зокрема догляду, діагностики, лікування, дотримання рекомендацій при виписці, реабілітації, профілактиці пацієнта);
- стимуляція (посилання на необхідність використання відповідних та персоналізованих клінічних рекомендацій);
- критерії якості МД (пояснить, наскільки ефективною є медична допомога, щоб відповідати стандарту)» [8].

Зауважимо, що порядок, в якому критерії норми відображають її значення, не відображає її значення, а є критерієм її несуперечливості. Показники якості МД, включені в стандарт, в основному використовуються для контролю за наданням МД відповідно до вимог, що охоплюють всі аспекти догляду. У таблиці 3.1 представлена приблизна структура медикаментозного лікування.



Рис.3.1. Система стандартизації медичної допомоги в Україні

Примітка. Складено автором за [38]

З організаційної точки зору процес підготовки медичної та технічної документації включає в себе наступні основні етапи:

- 1) Запуск та оновлення розробки.

Структура стандарту медичної допомоги

Положення стандарту медичної допомоги	Обґрунтування (адаптована клінічна настанова)	Критерії якості медичної допомоги
Розділ 1. Організація надання медичної допомоги		
Розділ 2. Діагностика		
Розділ 3. Лікування		
Розділ 4. Рекомендації при виписуванні зі стаціонару		
Розділ 5. Реабілітація		
Розділ 6. Профілактика		

Примітка. Наведено за [44]

2) Оцінка заявок. «Основними критеріями відбору змісту документів є актуальність, пріоритетність дослідницького питання, досягнення стратегічних цілей розвитку системи ЗОЗ та її практичного застосування. Широкий доступ до доказів про суб'єктів, підкріплений клінічними рекомендаціями, які відповідають вимогам доказової медицини, і які отримали високі бали за опитувальником AGREE» [44]. До інших критеріїв при відборі матеріалів для медвиробів і техвиробів можна віднести вимоги до: доступу до результатів КО для розробки матеріалів, можливість скоротити витрати на ОЗ.

3) Розробка та модифікація угод для конкретного проекту;

4) затвердження МТД.

У загальному вигляді процес розробки, впровадження та оновлення АТІ може бути представлений взаємопов'язаними і взаємозалежними операційними циклами, які є невід'ємною частиною процесу впровадження результатів КВ в практику, встановлення стандартів і контролю за їх впровадженням в КП відповідно до терміну дії мед. та тех. документації (рис. 3.2.).

Протягом останніх років в Україні здійснюються активні кроки з побудови нового якісного підходу до побудови стандартизованої системи ЗОЗ, що базується на використанні КН, медстандартів, гармонізованих КП, методик розробки ЛП доказової МД.



Рис.3.2. «Життєвий цикл» медико-технологічних документів

Примітка. Наведено за [44]

Інноваційність цих методів знаходить своє відображення в наступних моментах:

- Розробляти КП та медстандарти надання МД.
- Підготовка МТД, не з медичною спеціальністю, а з матеріалами.
- Призначити дату наступного огляду оброблених медданих та запровадити правила проведення обов'язкових консультацій.
- Впровадження та застосування поняття КІ при розробці КН як основи розвитку МТД .
- «Впровадження нових та визнаних КП у медичну науку на основі підбору КН, які можуть застосовуватися на території України без проходження інтеграційного процесу.
- Створити умови для реалізації шляхів застосування стандартів ЗОЗ та розвитку знань, що базуються на кращих КР, адаптованих до умов національних систем ЗОЗ.
- Використовуючи опитувальник AGERE в процесі прототипування клінічних настанов, що дозволяє оцінити методологічну якість клінічних настанов за допомогою індивідуальних критеріїв, можна визначити ступінь компромісу/розбіжності в думці колег» [45].

«У сучасній медичній практиці Міністерство ЗОЗ України використовує новітні стандарти лікування ВІЛ, COVID-19, неонатальної допомоги, хірургії, лабораторної діагностики та реабілітації. Це також полегшує доступ до українських лікарів Клінічні настанови на основі доказів та лікарських засобів та Міжнародний класифікатор первинної МД (ICPC-2)» [32]. Таким чином з появою нових КП та алгоритмів у закладів ЗОЗ з'явилася можливість застосовувати СМЛ та діагностики з доведеною ефективністю та досягати нового рівня якості в ОЗ.

Ефективна система документів для ЗОЗ також означає, що документи, які не відповідають принципам ДМ або втратили свою актуальність, мають постійно оновлюватися та усуватися. У зв'язку з цим, «Розпорядженням МОЗ від 28 лютого 2020 року № 590 Скасування деяких наказів Міністерства ЗОЗ України встановлено понад 90 протоколів, протоколів та клінічних стандартів лікування дітей та дорослих з різними спеціальностями, які в основному пов'язані з реалізацією програми медичних гарантій та втратили свою актуальність, при цьому було прийнято термінове рішення щодо забезпечення розробки галузевих стандартів відповідно до переліку медичних процедур, що входять до програми. 01.03.2021р.» [32].

Незважаючи на достатнє законодавче забезпечення процесів стандартизації у сфері ЗОЗ, існують методологічні недоліки та недоліки у розробці інструментів підвищення якості цих послуг та формальностей, пов'язаних з їх використанням, оскільки відсутнє забезпечення впровадження СМЯ відповідно до вимог та рекомендацій МС ISO. Тому основною політикою забезпечення державної гарантії ЯМП є розробка та впровадження таких систем у практичну діяльність закладів ЗОЗ, з метою задоволення потреб і запитів громадян та рівня МП, що надаються.

У цьому контексті все більшого значення набуває створення ефективних систем, методів і процедур управління якістю в галузі ЗОЗ та в окремих закладах ЗОЗ. Загалом, «управління якістю – це скоординовані зусилля з управління та контролю системи ЗОЗ на всіх рівнях, відповідно до ЯМП. Управління якістю в ОЗ ґрунтується на отриманні об'єктивної, повної та достовірної інформації про

фактичні умови, які визначають, чи відповідає надана допомога відомим стандартам ЗОЗ та клінічним рекомендаціям» [8].

Порівнюючи переваги та недоліки різних приладів для моніторингу та контролю ЯНМД, можна зробити наступні висновки та врахувати їх у діяльності установи, зокрема:

- Стандарти ЗОЗ є більш об'єктивним інструментом моніторингу, ніж ЕО.
- Розробка та впровадження стандарту вимагає більше ресурсів, ніж систематичний огляд та перегляд змісту стандарту.
- При розробці медстандартів необхідно не переоцінювати реалістичність вимог стандарту, а також сучасні досягнення в галузі науки і техніки.
- Створення та використання індикаторів діяльності МЗ, у тому числі досліджуваних закладів, ГЗ та хвороб тощо не є необхідним для формування та використання значних витрат, але використання цих показників є обмеженим.

3.2. Методологічні засади розроблення стандартів поведінки з медичною інформацією в медичній установі

Методологічна основа системи управління МІ установи є важливим інструментом в управлінні МЗ, який забезпечує його ефективну роботу та гарантує надання ЯМД, завдяки:

«1) допомога у плануванні та контролі за діяльністю медичних установ, включаючи підготовку та підготовку персоналу (наприклад, підготовка щорічних планів з цією метою: загальні лікарняні конференції, підготовка лікарів, підготовка медичних працівників);

2) встановити загальні правила та вимоги до обліку управлінської інформації та організації роботи над документами» [8].

Тому методичні вказівки з діловодства установи містять загальні положення та вимоги до складання документів та організації роботи над документами незалежно від того, яким чином фіксується та копіюється інформація, що міститься в документах, у тому числі їх підготовка. Також визначено порядок

організації ЕУД з е-підписом, роботи з ЕД в діловодстві установи, документами з обмеженим доступом, документами за скаргами громадян, запитами про надання інформації, передбаченої спецправилами.

Аналізом методів документування установи діловодства встановлено, що незалежно від способу фіксації та копіювання даних, документи створюються та обробляються за тими ж організаційно-правовими правилами, що й обробка медзаписів.

Організація документообігу в установі забезпечує максимально стисле проходження документів, зменшення кількості випадків надходження документів.

Виставлення рахунків за документи здійснюється в повному обсязі та в кожному підрозділі підтримки для кожного пакету документів. Скарги громадян та запити на інформацію розглядаються окремо.

Результати обліку документів підготовлені представниками начальника управління установи з метою вжиття заходів щодо вдосконалення роботи над документами.

3) Методологічні засади організації ДЗ діяльності установи сприяють підвищенню ефективності лікувального процесу, в тому числі:

- Стандартизована система роботи медпрацівників. Наприклад, до меднорм роботи медсестер, які контролюють спілкування, відносяться: медсестринська етика; дотримання гігієнічних та епідеміологічних процедур, дотримання правил розпорядку та систем охорони праці; догляд за тяжкохворою людиною.

- Критерії ОЯП та системи управління якістю лікарні в цілому.

Разом з тим, з метою підвищення ЕЛП до методичної основи організації діагностичного супроводу діяльності установи рекомендується додати методдокумент, який дозволяє визначити вподобання пацієнтів, а й кількість співробітників.

Незважаючи на те, що українська система ЗОЗ в цілому і в роботі медустанов провела окрему оцінку за стандартами і методиками лікування, рівень якості цієї розробки не є достатнім в рамках міжнародної практики. Як

наслідок, світовий досвід свідчить, що більшість медстандартів, розроблених на основі розроблених КН ґрунтуються на систематичній оцінці якості КД та характеризуються ґрунтовним знанням назв. У КР вона вважається медпрактикою, придатною для діагностики та лікування даного захворювання. З іншого боку, в Україні відсутня практика створення медстандартів, а деякі діагностичні та лікувальні втручання з сумнівною або незадекларованою ефективністю знаходять своє відображення у затверджених та практично впроваджених закладами ЗОЗ стандартах, у тому числі їх змістом.

Для побудови сучасної системи ЗОЗ та, в певному сенсі, системи управління змінами, заснованої на принципах ДМ та КЕ, необхідно розробити та прийняти методику розробки медстандартів, яка відповідає визнанню МП на основі ДМ та базується на досвіді України у розробці цих стандартів.

Незважаючи на відсутність методики встановлення медстандартів, заснованих на принципах ДМ та КЕ, організація, створення, затвердження та впровадження стандартів знаходяться в руках Міністерства ЗОЗ України. Заклади ЗОЗ та професійні об'єднання відіграють неналежну роль у цьому процесі.

Ретельне управління МД в установі ґрунтується на отриманні об'єктивної та достовірної інформації про реальні події, від якої залежить, чи відповідають надані МП клінічним рекомендаціям та стандартам надання МД. Таким чином, недостатня розробка та застарілість деяких медстандартів та КП у сфері ЗОЗ призводить до недоліків у методологічній базі ДЗ діяльності лікарень.

Слід зазначити, що методологічною основою поводження з медінформацією в установі в частині використання системи формул лікарських засобів та методики, розробленої Міністерством ЗОЗ України для контролю та оцінки якості. Цей дефіцит впливає на роботу багатьох закладів ЗОЗ та вимагає від держави вжиття законодавчих заходів для забезпечення якості, безпеки та ефективності використання лікарських засобів відомствами.

Оцінено методологію систем управління медінформацією в медзакладі та її організацію, роль та обов'язки працівників у забезпеченні систем управління

медінформацією в установі (табл . 3.2).

Необхідною умовою якісної роботи установи є організація системи управління та контролю медпроцесів та їх якості.

З метою забезпечення якості надання МД та підвищення відповідальності за її надання Радою директорів установи видано наказ про порядок здійснення контролю якості установи та застеріг усі планові відділи та медпрацівників від підписання. Керівництво науково-дослідного інституту керується політикою якості МД, яка спрямована на максимальне задоволення потреб пацієнта.

Відповідно до наказу про порядок контролю якості установи створено трирівневу систему контролю якості (рис. 1.3.3).

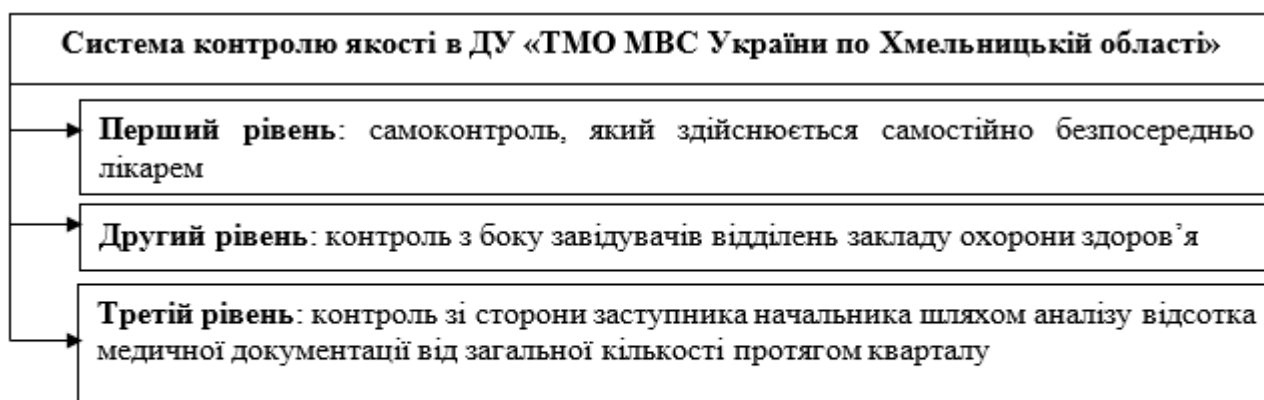


Рис. 3.3. Система контролю якості в ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області»

Примітка. Сформовано за інформацією ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області» Система контролю якості установи включає внутрішній і зовнішній контроль якості (табл. 3.3).

Таблиця 3.2

Роль та відповідальність посадових осіб у забезпеченні системи управління медичною інформацією в ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області»

№ з/п	Етап життєвого циклу інформаційно-аналітичного забезпечення	Генеральний директор	Заступник генерального директора	Профільні Медичні директори
1	Участь у розробці	Консультації, спрямування вектору розвитку на підставі отриманої інформації (аналоги, вітчизняний і зарубіжний досвід, експерти) <i>Фактично:</i> 1) реалізуються недостатньо через брак відповідних повноважень;	Забезпечення інтересів всіх структурних підрозділів закладу охорони здоров'я та облік всіх функцій <i>Фактично:</i> 1) не відбувається врахування інтересів всіх служб закладу охорони здоров'я та обліку всіх функцій системи управління медичною інформацією через «випадання» окремих з них (причому, цілісна система управління змінами в лікарні відсутня);	Визначення пріоритетів та форм отримання інформації за окремими напрямками діяльності <i>Фактично:</i> 1) реалізуються недостатньо з огляду на відсутність необхідних повноважень;
2	Внесок у напрацювання напрямів розвитку	Визначення сценарію розвитку системи управління медичною інформацією в закладі охорони здоров'я <i>Фактично:</i> здійснюється неактивно, а залежить від настанов і вказівок зверху	Забезпечення функціональності обраного сценарію розвитку системи управління медичною інформацією в закладі охорони здоров'я, взаємодії її окремих складових <i>Фактично:</i> не здійснюється	Своєчасне корегування можливостей обраного сценарію системи управління медичною інформацією відповідно до потреб медичного закладу <i>Фактично:</i> не здійснюється
3	Питання компетенції	Визначення рівня фінансування <i>Фактично:</i> 1) визначення і розрахунок необхідного рівня фінансування системи управління медичною інформацією здійснюється, а реально кошти «урізаються»; 2) має місце нестача відповідних повноважень щодо визначення необхідного рівня фінансування системи управління медичною інформацією в закладі охорони здоров'я;	Адекватність потребам ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області» <i>Фактично:</i> 1) визначення і розрахунок необхідного рівня фінансування системи управління медичною інформацією в частині адекватності потребам закладу охорони здоров'я здійснюється, а реально кошти «урізаються»; 2) визначення необхідного забезпечення управління медичною інформацією на предмет адекватності потребам закладу охорони здоров'я – відсутнє через нестачу відповідних повноважень і «випадання» окремих етапів управління змінами з роботи досліджуваної організації (наприклад, інформаційного забезпечення щодо задоволеності роботою з боку працівників та ін.)	Адекватність потребам профільних служб <i>Фактично:</i> 1) визначення і розрахунок необхідного рівня фінансування системи управління медичною інформацією в частині адекватності потребам профільних служб здійснюється, а реально кошти «урізаються»; 2) визначення необхідного забезпечення системи управління медичною інформацією на предмет адекватності потребам профільних служб – відсутнє через нестачу відповідних повноважень і «випадання» окремих етапів управління змінами з роботи закладу охорони здоров'я (наприклад, інформаційного забезпечення щодо задоволеності роботою з боку працівників окремих структурних підрозділів тощо)

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4	5
4	Участь в управлінні медичною інформацією	Періодичний огляд на відповідність цілям та завданням, які стоять перед закладом охорони здоров'я <i>Фактично:</i> 1) несе відповідальність за дотримання порядку ведення і достовірності обліку та статистичної звітності; 2) проводить періодичний огляд на відповідність цілям та завданням, які постають перед лікарнею; 3) формальна участь в забезпеченні системи управління медичною інформацією – здійснюється, а реально – вона слабка через брак фінансових коштів і повноважень; 4) участь у забезпеченні системи управління медичною інформацією в ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області» зводиться до щорічної подачі у відповідні органи звіту про результати її діяльності за минулий рік; 5) бар'єром для періодичного огляду забезпеченні системи управління медичною інформацією на відповідність цілям та завданням, які постають перед закладом охорони здоров'я, є недостатнє врахування потреб закладу охорони здоров'я і його працівників.	Контроль відповідності завданням закладу охорони здоров'я, вирішення проблемних питань між службами <i>Фактично:</i> 1) долучається до оперативного обліку діяльності, ведення бухгалтерську та формування статистичної звітності у встановленому порядку; 2) реалізує контроль відповідності завданням закладу охорони здоров'я, однак, вирішення проблемних питань між службами в частині забезпечення системи управління медичною інформацією вимагає належного фінансування, що поза межами компетенції заступника генерального директора; 3) контроль відповідності завданням закладу охорони здоров'я, вирішення проблемних питань між службами щодо забезпечення системи управління медичною інформацією не відбувається через відсутність цілісної системи такого управління (приміром, систематизовані інформаційні дані про існуючий дисбаланс взаємопов'язаних організаційних, технологічних, економічних, соціальних, фінансових процесів, які вимагають координації та узгодженості - відсутні); 4) контроль відповідності задачам закладу охорони здоров'я, вирішення проблемних питань між службами щодо забезпечення системи управління медичною інформацією не відбувається через диктат змін "зверху" та невраховування потреб організації і її працівників.	Відстеження тенденцій, явищ і змін в розвитку структурних підрозділів та їх відображення в системі управління медичною інформацією <i>Фактично:</i> 1) беруть участь у оперативному обліку окремих видів діяльності; 2) відстежують зміни в розвитку структурних підрозділів та їх інформаційному забезпеченні. Однак, відображення певних процесів у системі управління медичною інформацією в організації не відбувається через нестачу фінансових ресурсів і відсутність цілісної системи такого управління (наприклад, вичерпні інформаційні дані щодо причин невдоволення працівників існуючим станом роботи, морально-психологічного клімату в колективі - відсутні); 3) відстеженню змін в розвитку структурних підрозділів закладу охорони здоров'я та їх відображенню в системі управління медичною інформацією заважає диктат змін "зверху".

Примітка. Сформовано на основі аналізу діяльності ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області»

Методологічні засади системи управління медінформацією є недостатніми, головним чином через відсутність або відсутність відповідальності посадових осіб за забезпечення системи управління медінформацією в закладі.

Таблиця 3.3

Змістове наповнення внутрішнього і зовнішнього контролю якості в системі контролю якості в ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області»

№ з/п	Внутрішній контроль	Зовнішній контроль
1	Організовується на принципах безперервного її підвищення і здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої допомоги вимогам державних галузевих стандартів медичної допомоги (медичних стандартів, клінічних протоколів, табелів оснащення), нормативів, уніфікованих і локальних клінічних протоколів, які сформовано по кожному структурному підрозділу ДУ окремо.	Здійснюється клініко-експертними комісіями Управління охорони здоров'я та реабілітації Міністерства внутрішніх справ України. Такий вид контролю реалізується під час проведення виїзних комісійних перевірок або невиїзних перевірок шляхом запиту на отримання від ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області» необхідних документів для експертизи первинної медичної документації.

Примітка. Сформовано за інформацією ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області»

- «несе відповідальність за дотримання адміністративних процедур та за достовірність рахунків і статистичних звітів;
- регулярно здійснювати контроль за виконанням поставлених перед медичним закладом завдань;
- офіційно брати участь у впровадженні та розвитку системи управління медичною інформацією, якщо така участь на практиці є мінімальною через відсутність достатніх ресурсів та повноважень для такого розвитку;
- брати участь у впровадженні системи управління медичною інформацією підрозділу ЗОЗ, подаючи щорічний звіт до компетентних органів про результати діяльності за попередній рік» [37].

На заваді проведенню регулярного перегляду системи управління медінформацією з метою досягнення цілей МЗ є недостатнє врахування розвідувальних потреб установи та його працівників. Для цього необхідно

вивчити оцінку співробітників установи та провести опитування щодо задоволеності працівників.

ВИСНОВКИ

З проведених досліджень можна зробити наступні висновки:

1. Мета стандартизації МП повинна бути підтверджена досягненням критеріїв, встановлених для ЯМП за рахунок ефективного використання ресурсів ЗОЗ при обмежених фінресурсах. Основними вимогами до трансформації традиційної системи ЗОЗ в Україні є: «постійне зростання потреб у сфері ЗОЗ та підвищення якості населення; недостатнє фінансування системи ЗОЗ, нерациональне та неефективне використання наявних ресурсів у сфері ЗОЗ, значна частка необґрунтованих та/або неефективних заходів з ЗОЗ в системі ЗО, стрімке збільшення кількості нових медичних технологій і препаратів у функціональній медицині, необхідність використання доказових систем у повсякденній медичній практиці для вибору ефективних методик» [8]

2. Визнано, що показники якості МД, що надається мешканцям, можуть бути використані під час опитування для оцінки якості МД відповідно до загальноприйнятої практики. Удосконалено інструменти створення державної моделі регулювання надання МП

3. Розроблено методику створення єдиної ІКС на ринку ЗОЗ, яка включає створення, впровадження, оприлюднення та обмін інформацією в електронному форматі в єдиній тристоронній базі даних, тобто ресурсами.

4. Що стосується управління організацією, то важливо, що одним із заходів плану організаційно-методичних заходів установи є виконання загальнодержавних та регіональних планів. Разом з тим, аналіз обов'язків установи показав, що заклад не є самостійною установою і тому не може самостійно та ефективно розпоряджатися своїми ресурсами в частині бюджетного розподілу, прийняття інвестиційних рішень та отримання штатного бюджету. Це заважає лікарні безперебійно працювати на існуючих територіях, і тому потребує впровадження на основі підходу до управління проектами.

5. При розробці простих стандартів або групових стандартів необхідно враховувати не тільки зміст вимог стандарту, але і види використовуваних

управлінських впливів. Тому, якщо ефект від управління ґрунтується виключно на відповідальності, доцільно використовувати прості норми. Групові критерії повинні використовуватися як основа для розгляду наслідків управління, заснованого на відповідальності і стимулах. При цьому відповідальність настає в разі невиконання або невиконання вимог базового стандарту. Якщо вимоги щодо дотримання базового стандарту виконуються, гарантії чи стимулу немає. Якщо застосовуються більш жорсткі стандарти, слід використовувати системи стимулювання. Тому можна сказати, що технічні стандарти повинні бути простими і поєднувати в собі структуру, організацію і професійні стандарти.