

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

СЕРЕДА Олександр Віталійович

**Пацієнт-орієнтована модель надання медичних
послуг в закладі охорони здоров'я / Patient-oriented
model of providing medical services in a health care
institution**

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

Кваліфікаційна робота



Виконав студент групи
МЗОЗзм-21
О.В. Середа

Науковий керівник:
к.е.н., доцент А.Ю. Жуковська

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«___» _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк



ТЕРНОПІЛЬ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	6
1.1. Поняття та види закладів охорони здоров'я	6
1.2. Види медичних послуг та особливості їх надання у закладах охорони здоров'я.....	13
Висновки до розділу 1	19
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «ТЕРНОПЛЬСЬКА МІСЬКА ДИТЯЧА КОМУНАЛЬНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ.....	20
2.1. Аналіз кадрового забезпечення процесу надання медичних послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	20
2.2. Оцінка задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	28
2.3. Аналіз лояльності пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я .	34
Висновки до розділу 2	40
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	42
3.1. Проектування медичних послуг як спосіб удосконалення процесу надання медичних послуг	42
3.2. Телемедицина як пацієнт-орієнтований підхід надання медичних послуг	49
Висновки до розділу 3	54
ВИСНОВКИ	56
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	59

ВСТУП

Актуальність проблеми. У сучасних умовах важливим складником оптимізації процесу надання медичної допомоги є перехід від традиційної моделі лікарської практики лікування окремих захворювань до моделі, спрямованої на лікування конкретного пацієнта. Цей процес обумовлений комплексом факторів, зокрема збільшенням частки осіб старших вікових груп та хворих на поліморбідність у структурі населення. Концепція орієнтованого на пацієнта підходу, запропонована США на початку 1990-х років, пізніше була використана при розробці Програми розвитку системи охорони здоров'я XXI століття. Запропонований підхід підтримали ВООЗ – детальне обговорення принципів пацієнто-орієнтованої медичної допомоги відбулося на шістдесят п'ятій сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ. 2016 року експерти ВООЗ запропонували комплекс заходів щодо реалізації стратегії розвитку системи охорони здоров'я Європейського регіону з урахуванням потреб. Відповідно до сучасних вимог пацієнтоорієнтований підхід став центральним елементом якості медичної допомоги і передбачає, що допомога відповідає індивідуальним перевагам, потребам і цінностям пацієнтів, враховує побажання пацієнта при наданні клінічної допомоги. рішення щодо обсягу надання медичної допомоги. Цей підхід змінює традиційну модель, в якій лікар відіграє основну роль у прийнятті рішень, на модель, яка підтримує індивідуальний вибір та автономію пацієнта та заснована на співпраці між пацієнтом та медичним персоналом. Участь пацієнтів у процесі надання медичної допомоги має три цілі: покращення результатів медичних процедур, підвищення якості медичної допомоги та зниження витрат системи охорони здоров'я. Модель пацієнтоорієнтованої медичної допомоги успішно реалізується в геріатричній практиці та паліативної допомоги, пацієнтоорієнтований підхід є важливою частиною первинної допомоги. Інтерес медичної спільноти до цієї проблеми постійно зростає, збільшується кількість досліджень та наукових публікацій. Тому важливо узагальнити сучасні наукові дослідження, присвячені реалізації основних принципів пацієнтоорієнтованого підходу, особливо проблемні аспекти та перспективи.

Аналіз останніх досліджень та наукових публікацій. Важливість наукового пошуку альтернативних та ефективних механізмів державного управління в різних сферах, особливо в охороні здоров'я, наголошують сучасні вчені, у тому числі: М. Білинська, О. Баєва, З. Гладун, З. Надюк, Н. Нижник, А. Пільтяй, М. Ткач, І. Фуртак, О. Черниш, В. Шафранський, Н. Ярош та інші. Незважаючи на існуючий інтерес вчених до питань державного управління соціальними системами, до яких належить і економіка охорони здоров'я, організація надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я різного типу не була визначена як предмет спеціального дослідження, що визначило наукову спрямованість. Актуальність та практична значимість даних досліджень визначили їх мету та завдання.

Мета та завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є конкретизація теоретичних та методологічних засад, а також розробка практичних рекомендацій щодо реалізації пацієнтоорієнтованої моделі надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я.

Для досягнення мети необхідно вирішити такі теоретичні, методологічні та практичні **завдання:**

- вивчення концепції та типів закладів охорони здоров'я;
- вивчення видів медичних послуг та визначення особливостей їх надання у закладах охорони здоров'я;
- проведення аналізу кадрового забезпечення процесу надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я, що перевіряється;
- оцінка задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг ЛПУ, що обстежується;
- проведення аналізу лояльності пацієнтів обстежуваного ЛПЗ;
- розробка алгоритму проектування медичних послуг для покращення їх надання;
- обґрунтування необхідності впровадження телемедицини як пацієнтоорієнтованої форми надання медичних послуг.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є медичні послуги, що надаються у закладі охорони здоров'я.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети та вирішення сформульованих завдань у процесі дослідження та підготовки кваліфікаційної роботи **були використані такі методи** : метод системного аналізу – для вивчення процесу надання медичних послуг як системи, що складається із взаємозумовлених та взаємопов'язаних елементів; метод структурного аналізу – застосовується для вивчення організаційної структури досліджуваного установи охорони здоров'я; метод функціонального аналізу – для вивчення функціональної діяльності обстежуваного закладу охорони здоров'я; метод контент-аналізу – використовується виявлення різних типів закладів охорони здоров'я та видів медичних послуг.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у вдосконаленні теоретичних засад надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я.

Практична значимість отриманих результатів дослідження полягає в тому, що розроблені в них теоретичні положення та практичні пропозиції щодо впровадження механізму проектування медичних послуг та телемедичного інструменту як елементів пацієнтоорієнтованої моделі надання медичних послуг можуть бути реалізовані на практиці. робота КНП « ТМДКЛ » Тернопільської міськради та інших медичних установ України.

Апробація. За матеріалами проведеного дослідження опубліковано 2 тези доповідей: на тему «Інноваційні підходи до вдосконалення діяльності закладів охорони здоров'я» у збірнику доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та державного управління в умовах сучасних викликів» [39] (Терно 4 травня 2023 р.) та на тему «Впровадження пацієнтоорієнтованої моделі у процес надання медичних послуг» у збірнику Наукового Інтернет-конференція молодих вчених, аспірантів та студентів факультету менеджменту, державного управління та кадрів «Інноваційні технології в менеджменті та державному управлінні» [40] (Тернопіль, 24 листопада 2023 р.).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття та види закладів охорони здоров'я

Незважаючи на медичну спрямованість, термін «установа охорони здоров'я» досі залишається часто використовуваним терміном, який можна зустріти як у законодавстві, так і в науковій, публіцистичній та мистецькій літературі. Ясність і повнота правового регулювання його організації та діяльності багато в чому залежить від точності його визначення та розуміння [6, с.100].

У початковій редакції Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року (далі: Основи законодавства України про охорону здоров'я) встановлено таке визначення терміна «Установа охорони здоров'я». : Це підприємства, установи та організації, місією яких є забезпечення різноманітних потреб населення у сфері охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, що включає широкий спектр профілактичних та лікувальних заходів чи послуг медичного характеру. а також виконання інших функцій, що ґрунтуються на професійній діяльності медичних працівників (частина 1 статті 3 цього Закону). Ця ухвала кілька разів змінювалася, і в даний час термін «установа охорони здоров'я» визначається на рівні вказаного закону таким чином: це юридична особа будь-якої форми власності та організації або відокремлена особа, що діє на основі наявності відповідної ліцензії та професійної діяльності. Діяльність медичного (фармацевтичного) персоналу з надання медичних послуг населенню [25].

Крім того, у сучасній науковій літературі запропоновано кілька визначень поняття «Організація охорони здоров'я». Зокрема, за визначенням В.М. Пашкова, установа охорони здоров'я – це господарський суб'єкт чи некомерційна одиниця та її структурний підрозділ, завданням яких є задоволення потреб населення у сфері охорони здоров'я шляхом надання медичних послуг. медико-санітарна допомога або медичні послуги на її основі - професійна діяльність

фармацевтичних та медичних працівників [29]. Надалі В. М. Пашков зайняв дещо іншу позицію, наголосивши, що заклад охорони здоров'я — це установа, яка має відповідну матеріально-технічну базу та співробітників відповідної кваліфікації, створена суб'єктом господарювання будь-якої організаційно-правової форми та форми власності, в тому числі у формі був структурним підрозділом або неекономічною корпорацією публічного права, завданням якої є задоволення різноманітних потреб населення в охороні здоров'я шляхом надання профілактичної медико-санітарної допомоги або послуг медичного або фармацевтичного характеру, у тому числі інформаційна, медична, санітарно-просвітницька, а також медико-медична діяльність, заснована на професійній діяльності фармацевтичних та медичних кадрів [28 , с.12]. Натомість А. В. Симоньян визначав заклад охорони здоров'я як економічну організацію будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, яка на підставі ліцензії здійснює медичну діяльність самостійно або через окремий структурний підрозділ [41 , с.92].

Враховуючи суттєві відмінності у визначеннях поняття «установа охорони здоров'я» у різних джерелах, доцільно додатково роз'яснити питання про характерні ознаки, наявність яких дає підстави розглядати ті чи інші суб'єкти як заклади охорони здоров'я.

Ключ до цих характеристик лежить у здійсненні аналізованими суб'єктами особливих видів діяльності, що відрізняються від діяльності інших юридичних осіб. Для узагальненого позначення такої діяльності в основах законодавства України щодо охорони здоров'я використовується термін «медична допомога населенню».

Аналіз змісту діяльності, позначеної зазначеним поняттям, дає підстави вважати, що це діяльність є економічною діяльністю - вона характеризується всіма ознаками економічної діяльності, зазначеними у год. 1 ст. 3 Господарського кодексу України [7] (далі: Цивільний кодекс України): Виникає у сфері суспільного виробництва та спрямована на виробництво та реалізацію певної продукції (зокрема, лікарських засобів) та надання медичних та деяких інших цінних послуг, що мають цінове визначення.

Визнання зазначеного факту вказує на доцільність уточнення визначення поняття «організація охорони здоров'я», оскільки в цьому визначенні прийнятніше використовувати термін «юридична особа» замість поняття «юридична особа». «Господарська організація» у господарському законодавстві (ч. 2 ст. 55 ЦК України та ін.) та у науці господарського права для позначення господарюючих суб'єктів, які мають статус юридичної особи та здійснюють господарську діяльність та реєструються у порядку, встановленому законодавством.

При розробці цієї тези слід також враховувати, що у законодавстві У визначенні терміна «установа охорони здоров'я» міститься вказівка на те, що така установа може бути самостійною частиною юридичної особи. У цьому є підстави погодитися з думкою О.В. Симоньян , який враховує, що згідно з чинним законом окремі підрозділи не належать до кола суб'єктів господарювання і не можуть самостійно отримати ліцензію (зокрема, ліцензію на провадження підприємницької діяльності з медичної практики). Тому правильніше розглядати установу охорони здоров'я як юридичну особу (підприємницьку організацію), яка здійснює свою діяльність самостійно або через окремий структурний підрозділ [41 , с.27].

Ще одним аспектом, на який слід звернути увагу, є зазначення в правовому визначенні терміну «установа охорони здоров'я», що склалося в даний час, такої характеристики цих установ, як наявність відповідної ліцензії. Водночас аналіз різних нормативних правових актів показує, що ця особливість притаманна не всім закладам охорони здоров'я, оскільки для здійснення деяких видів діяльності, що підпадають під поняття «медична допомога», дозвіл не потрібний. Так, у пункті . 2 Пункт 3 Постанови Кабінету Міністрів України (далі: КМУ) «Про затвердження ліцензійних умов на провадження економічної діяльності у сфері медичної практики» (далі: Ліцензійні умови для провадження економічної діяльності у сфері медичної практики).) від 2 березня 2016 року зазначено, що «дія цих ліцензійних умов не поширюється на економічну діяльність, пов'язану з провадженням судово-гістологічної, судово-медичної експертизи, судово-імунологічної експертизи, судової криміналістики, судової токсикології, судово-

цитологічної та судово-псих експертизи »[32] . Тобто цим стандартом передбачено, що цей вид діяльності не ліцензується. Закон України "Про ліцензування економічної діяльності" від 2 березня 2015 року також не регулює ліцензування такої економічної діяльності.

Хоча установи судово-медичної експертизи (Бюро судово-медичної експертизи (республіканське, обласне, міське), Головне бюро судово-медичної експертизи України) та судово-психіатричної експертизи не мають ліцензії, такі заклади відносять до закладів охорони здоров'я відповідно до таких стандартів:

1) Пункт 4 Наказу Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) від 28 жовтня 2002 року «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, фармацевтичних посад та посад молодших спеціалістів фармацевтичного виробництва». промисловість. «Освіта в медичних установах» [33];

2) С. 1 Положення про бюро судово-медичної експертизи відділів охорони здоров'я облвиконкомів та республіканського управління (Автономна Республіка Крим)», затверджене наказом МОЗ України від 17 січня 1995 р. [45];

3) Пункт 3 Наказу МОЗ України від 8 травня 2018 року «Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричних експертиз» [34] та переліку установ, у яких проводяться судово-психіатричні експертизи від 29 червня 2017 року [50].

У науковій літературі Бюро судово-медичної експертизи визначається як «установа охорони здоров'я в Україні, метою якої є надання допомоги слідчим органам, прокуратурі та суду (у вирішенні завдань, які потребують спеціальних судово-медичних знань).), а також органи охорони здоров'я «Я в наданні інформації» [35 , с.120] або «спеціальна установа охорони здоров'я, завданням якої є проведення судово-медичної експертизи, слідчі органи, слідчі органи та суд з питань судово-медичної експертизи, схвалення та проведення науково-дослідної роботи в США для надання консультативної підтримки при впровадженні галузі судової медицини у практику. До завдань таких кабінетів входить також розробка пропозицій щодо підвищення якості медико-профілактичної допомоги населенню» [35 , с.119].

Таким чином, отримання ліцензії не є звичайною практикою для всіх медичних установ, тому юридичне визначення терміна «медична установа» потребує відповідного коригування. Крім того, потребує уточнення та юридичного визначення терміну «медична допомога», під яким також мається на увазі отримання відповідного дозволу установами охорони здоров'я в установленому законодавством порядку.

На цьому фоні для закріплення його на законодавчому рівні можна запропонувати таке визначення поняття «установа охорони здоров'я»: установа охорони здоров'я – це економічна організація, яка самостійно надає медичні послуги населенню або через відокремлений підрозділ на базі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Продовжуючи дослідження, варто розглянути питання, пов'язані з типами закладів охорони здоров'я з різних підстав, що може допомогти розкрити та глибше зрозуміти теоретичні та практичні аспекти економічного та правового статусу таких закладів.

У науковій літературі з різних причин пропонуються різні класифікації закладів охорони здоров'я.

Зокрема, О. _ Баєва класифікувала ці установи з таких підстав: а) у сфері діяльності: лікувально-профілактичні заклади; санітарно-профілактичні установи; фармацевтичні (аптечні) установи; інші підприємства; установи медичного та соціального захисту; б) за організаційно-правовою формою: державні установи охорони здоров'я; громадські медичні установи; приватні медичні установи; заклади охорони здоров'я, які у формі бізнес-асоціацій; Компанії, що ґрунтуються на активах об'єднання громадян [3 , с. 109-128]. У зв'язку з цим стає очевидним, що пропонований поділ згаданих установ за другою ознакою (за організаційно-правовою формою) не позбавлений недоліків, оскільки наведена класифікація має невиправдане змішання таких понять, як «організаційно-правова форма». та «форма власності»

А. В. Симоньян класифікував заклади охорони здоров'я так: а) «за формою власності: державна, муніципальна, заснована на приватній власності громадян або юридичних осіб; б) з метою здійснення економічної діяльності: діяти з метою

одержання прибутку або без цієї мети досягнення соціальних результатів; в) за доступністю медичної допомоги та інших медичних послуг: державні, відомчі та інші заклади охорони здоров'я, які надають допомогу лише окремим групам населення на професійній, відомчій чи іншій основі, що не пов'язана зі станом здоров'я людини; г) у сфері діяльності: лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні та медико-соціальні установи; д) за спеціалізацією: просто спеціалізовані, багатоспеціалізовані, спеціалізовані, спеціального виду і т. д. [4 1, стор 92].

Наведені вище класифікації закладів охорони здоров'я є вичерпними і можуть бути доповнені з урахуванням зроблених вище висновків, а також останніх змін до закону про реформування сфери охорони здоров'я.

Зокрема, названі установи можна класифікувати за ознакою отримання дозволу на провадження економічної діяльності: установи охорони здоров'я, що діють на підставі дозволу, та установи охорони здоров'я, які діють без дозволу . Нарешті, як зазначалося вище, відповідно до закону установи охорони здоров'я діють виходячи з ліцензії, крім тих закладів охорони здоров'я, які здійснюють господарську діяльність у сфері судово-гістології, судово-медичної експертизи, судово-імунології, судово-медичної експертизи. кримінологія, судова токсикологія, судова цитологія, судово-психіатрична експертиза (пп . 2 п. 3 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності за медичною професією).

Також можна запропонувати таку класифікаційну основу, як акредитація організацій охорони здоров'я. При цьому заклади охорони здоров'я діляться на акредитацію, що пройшли, і не пройшли акредитацію. Така підстава відображена у нормах, встановлених законодавством, а саме у ч. 5 ст. 16 Основ законодавства України у сфері охорони здоров'я, що свідчить, що заклади охорони здоров'я можуть добровільно отримати акредитацію у порядку, встановленому КМУ.

Відповідно до ч. 11 ст. 16 Основи законодавства України у сфері охорони здоров'я Державні та муніципальні установи охорони здоров'я не підлягають приватизації. З огляду на це можна запропонувати класифікацію об'єктів охорони здоров'я по можливості приватизації: об'єкти охорони здоров'я, що

підлягають приватизації та не підлягають приватизації.

Крім того, заклади охорони здоров'я можуть класифікуватись за повноваженнями. За цією ознакою ці установи можна розділити на підлеглі Міністерству охорони здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, та підпорядковані Міністерству оборони України. Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України, Державна прикордонна служба України, Державна правоохоронна служба України та інші військові формування та спеціальні правоохоронні органи провадять свою діяльність з урахуванням особливостей, встановлених законодавством. Така класифікація провадиться на підставі низки підзаконних правових актів.

Крім того, 6 квітня 2017 року до закону було внесено зміни, що дають змогу класифікувати заклади охорони здоров'я за вищевказаними критеріями, такими як: Б. Організаційно-правова форма, а також форма власності. А саме, згідно з чинною редакцією ст. Відповідно до ст. 16 Основ Закону України про охорону здоров'я, залежно від форми власності, розрізняють заклади охорони здоров'я: державні, муніципальні, приватні або засновані на змішаній формі володіння. Залежно від організаційно-правової форми державні установи охорони здоров'я можуть створюватися та функціонувати як державні підприємства чи державні установи, муніципальні установи – як муніципальні некомерційні товариства чи муніципальні установи. Приватні медичні установи не обмежені у виборі організаційно-правової форми.

Насамкінець можна запропонувати таке уточнене визначення поняття «організація охорони здоров'я»: це економічна організація, яка надає медичні послуги населенню самостійно або через власний підрозділ на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) установ. робітники. Пропонується класифікувати заклади охорони здоров'я за такими ознаками: а) за підвідомчим органом; б) за організаційно-правовою формою; в) формою власності; г) на основі ліцензування господарської діяльності; д) на підставі проходження акредитації; д) про можливість приватизації.

1.2. Види медичних послуг та особливості їх надання у закладах охорони здоров'я.

Забезпечення стабільного соціально-економічного розвитку України та її інтеграція до Європейського співтовариства неможливе без удосконалення системи охорони здоров'я та якісного надання медичних послуг. Відсутність адекватного фінансування сфери охорони здоров'я з боку держави, надійного механізму на якість медичних послуг і контролю над цим процесом породжує необхідність реформування сфери медичних послуг.

Однією з причин деформованого розвитку ринку медичних послуг в Україні є те, що поняття «медична послуга» досі остаточно не визначене теоретично.

Вперше медична послуга як самостійна економічна форма у сфері охорони здоров'я була виділена у відповідному розділі КВЕД « Охорона здоров'я та соціальна допомога» [17].

Щербаченко Л. В. дає таке визначення: «Медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, що надається одним чи колективом медичних працівників у рамках лікування хворого» [55, с.170]. У цьому автор ототожнює термін «медична допомога» з терміном «лікування» [55, с.170]. М. М. Шутов розуміє медичну послугу як «дії медичного персоналу із задоволення насущних потреб хворих у відновленні та збереженні здоров'я» [53, с.286]. Він вважає, що «медична допомога є частиною медичної допомоги, тобто медична допомога складається з окремих медичних послуг» [53, с. 286]. Пила О.І. медичну послугу пропонується визначити як «діяльність постачальника послуг , спрямовану на досягнення такого результату та корисні властивості якої здатні задовольнити потреби людини у відновленні та (або) підтримці її здоров'я», безпосередньо в контексті цілеспрямованої діяльності постачальника послуг , яка не має об'єктивного вираження (матеріальної) форми) і може бути гарантована постачальником послуг » [42]. Ахламов А.Г. та Кусик Н.Л. трактують медичну послугу як «дії медичного персоналу із задоволення існуючих потреб хворих у відновленні та підтримці здоров'я» [2]. Черненко Д.І. стверджує, що «медична послуга — це вид медичної діяльності, який надається

медичними працівниками за необхідності та спрямований на профілактику, діагностику та лікування захворювань, оздоровлення організму та відновлення його фізичного та психічного здоров'я». і має свою ціну »[4,5].

Згідно з галузевим класифікатором « Посібник з медичних процедур (послуг) та хірургічним втручанням » «медична процедура (послуга) — дія, що послідовно встановлюється, або сукупність дій медичного персоналу, спрямованих на діагностику, лікування або профілактику захворювання. які мають самостійну цінність та певну ціну [5]. Важливо дати визначення медичної процедури (послуги), розділивши її на просту та складну (комплексну). Проста медична міра (послуга) – неподільна послуга, яку надають медичні працівники пацієнту в рамках одного з елементів діагностики, лікування або профілактики. Комплексне (комплексне) медичне втручання (послуга) є сукупністю послідовних дій, що виконуються лікарями-фахівцями щодо пацієнта, і є сукупністю простих медичних втручань (послуг), що утворюють окремі етапи медичної допомоги.

Деякі автори визначають медичну послугу як «захід або низку заходів, що виходять за рамки медичної допомоги, призначеної лікарем, та надаються за винагороду на вимогу фізичної чи юридичної особи» [1] . У свою чергу, під медичною допомогою розуміють лише ту частину діяльності медичного персоналу, яка включає комплекс заходів, спрямованих на покращення здоров'я та лікування хворих у стані, який на момент надання допомоги впливає на їхнє життя, здоров'я. , та здатність працювати.

Отже, спробуймо дати визначення «медичної ефективності», використовуючи теорію визначень. Згідно з цією теорією, виділяють кілька основних її типів: визначення родових і видових відмінностей, семантичні та синтаксичні визначення тощо. буд . Сюди входить з'ясування сутності слів, що становлять це поняття. У тлумачних словниках термін «медичний » визначається як «те, що пов'язане з медициною, діагностикою, лікуванням та профілактикою різних захворювань» [9]. Послуга визначається як «особлива споживча цінність процесу праці, що виражається в корисному ефекті, що задовольняє потреби людини, колективу та суспільства» [1]. У цьому «послуга є 1) форма

непродуктивного праці й у сенсі соціально-економічні відносини, виражають споживання доходів; 2) певна цілеспрямована діяльність, що у формі корисного ефекту праці... висловлює ставлення обміну праці до доходу» [1]. Або «вчинок, вчинок, який приносить користь чи допомогу іншому» [1].

Медична послуга – це результат роботи медичного персоналу, використання медичних знань та матеріальних витрат.

Медичну послугу можна визначити також як структуровану одиницю надання медичної допомоги населенню медичним персоналом та закладами охорони здоров'я, тобто медична послуга постає як конкретний продукт, що має свої особливості.

Медична послуга виконує насамперед життєво важливу для людини функцію чи задоволення найважливішої життєвої потреби – збереження здоров'я та самого життя. З цієї точки зору медична допомога стає незамінним благом.

Медичні послуги – це товари, соціальна цінність яких зазвичай перевищує їхню індивідуальну цінність [43]. Це є основною причиною запровадження обмежень свободи ринкових відносин у сфері охорони здоров'я.

Медичні послуги дуже специфічні. Одна з головних ознак цього відображає специфіку медичної діяльності і полягає в тому, що її продукт виникає у процесі надання медичної послуги. Медична діяльність не закінчується ні створенням матеріальних благ, ні їх присвоєнням. Ціль – змінити стан об'єкта, людини. Завдання медичної діяльності полягає не у створенні блага, яке неможливо привласнити, а в тому, щоб перетворити незадовільний стан здоров'я людини на стан, який можна вважати добрим, або проконсультувати або поставити діагноз хворому.

Крім того, медичні послуги мають загальні експлуатаційні характеристики. Медична послуга характеризується нематеріальними та нематеріальними елементами, послуга не підлягає зберіганню та транспортуванню, вона персоналізована та нерозривно пов'язана з послугою виробника, якість послуги характеризується мінливістю навіть серед постачальника послуг [2].

Окрім традиційних характеристик послуг, медична послуга має низку

специфічних особливостей: «1) Медична послуга може надаватися протягом дуже тривалого часу, наприклад, при хронічному захворюванні медична послуга може надаватися протягом усього життя пацієнта; 2) Ефект від споживання послуг який завжди помітний, наприклад, при профілактичних заходах; 3) Медицина більш ніж будь-яка інша галузь зазнає вплив державного регулювання, що проявляється у переважно державному фінансуванні, необхідності ліцензування, вимогах до кваліфікації персоналу тощо. буд. [1, с.195].

Б. Шутов називає такі «характеристики медичної послуги: 1) вона заснована на довірі споживача до постачальника; 2) користувач послуги бере участь у послугі або є до досягнення мети; 3) Оцінка якості суб'єктивна і від особистості споживача. 4) Існує ризик летального результату під час надання медичної послуги» [53, с.287].

О. Мокрицька виділяє «наступні характерні властивості медичних послуг в умовах ринкових відносин: 1) непередбачуваність (приходить до лікаря пацієнт не може заздалегідь знати результат візиту, а потреба в медичних послугах присутня з боку споживача) оцінюється вже після надання цієї послуги); 2) невіддільність від джерела послуги (хворий, який звернувся на прийом до одного лікаря, отримує неправильну послугу при зверненні до іншого через відсутність лікаря); 3) невідповідність якості (одна й та сама медична послуга надається порізнному лікарями різної кваліфікації); 4) Неможливість накопичення (медична послуга існує (виникає) тільки в момент споживання, а тому накопичити та зберегти її неможливо» [2 , 3, 118].

Марова С.В. та Вовк С.М. стверджують, що «медична послуга як ринковий товар дуже відрізняється від будь-якого іншого товару чи послуги та характеризується рядом своїх особливостей: 1) вона не існує до початку виробництва; 2) трудомісткий і до завершення немає явних витрат; 3) нематеріальне; 4) важко піддається розрахунку; 5) персоніфікований; 6) інтелектуально залежить від постачальника послуги; 7) Якість послуги варіюється, навіть якщо її надає той самий лікар; 8) заснований на послугі, має суб'єктивний характер і залежить від особливостей споживача і т.п. [19].

Незважаючи на те, що існує низка класифікацій медичних послуг, наприклад, за видами – профілактичні, діагностичні, лікувальні, консультативні, реабілітаційні; за сегментами галузі охорони здоров'я – стаціонарна, амбулаторно-поліклінічна, санітарно-гігієнічна, параклінічна, епідеміологічна; за рівнями медичної допомоги - спеціалізована, високоспеціалізована, парамедична, медична медична допомога, види медичної допомоги, визначені чинним законодавством (невідкладна та невідкладна, амбулаторно-поліклінічна, стаціонарна, санаторно-курортна тощо) та перелік платних медичних послуг (косметичний), Анонімне обстеження, медичні огляди, протезування та ін), їх також можна класифікувати «за джерелами фінансування» [23 , с.119].

За джерелами фінансування можна провести різницю між «медичними послугами, які користувач отримує платно чи безкоштовно». Отже, все медичні послуги можна розділити чотирма групи: 1) базові медичні послуги, тобто. послуги, що фінансуються за рахунок коштів домогосподарств чи компаній обов'язкового соціального страхування; 2) платні медичні послуги, тобто послуги, що фінансуються за рахунок коштів конкретної організації та призначені для працівників цієї організації (ці послуги можуть надаватися також із добровільного медичного страхування); 3) платні медичні послуги, тобто, послуги, за які пацієнт оплачує повністю за рахунок власних коштів після надання цих послуг; 4) Спеціальна медична допомога - комплекс послуг, фінансування яких здійснюється тільки за рахунок бюджетних коштів» [23 , с. 119-120].

Відповідно до робіт деяких учених, лікарська практика включає «: 1) консультацію та лікування у лікарів усіх спеціальностей у медичних закладах (амбулаторіях) та у приватній практиці; 2) діагностичні послуги; 3) проведення аналізу; 4) послуги приватних консультантів; 5) служби невідкладної допомоги та невідкладної медичної допомоги; 6) послуги санаторно-курортних організацій; 7) Послуги інших медичних установ щодо відновлення здоров'я людини» [27]. Також наголошується, що медичні послуги можуть бути короткостроковими чи довгостроковими.

З інформації табл. 1.1 надано загальну класифікацію медичних послуг.

Класифікаційні ознаки медичної послуги

Ознаки класифікації	Види медичних послуг
За видами медичної практики	- консультації; - діагностика; - лікувальна справа.
За місцем надання послуги	- стаціонар; - поліклініка; - швидка та невідкладна допомога; - санаторії, профілакторії та ін.
За складністю	- прості послуги; - складні послуги.
За часом виконання	- короткострокові; - довгострокові.
За кількістю учасників, зайнятих у наданні послуги	- одноосібні; - групові.
За характером економічних відносин	- послуги державних установ; - послуги комунальних установ; - послуги установ приватного сектору.

Примітка. Наведено за [19]

Більшість авторів ототожнюють медичну діяльність як наслідок діяльності з виробничою діяльністю. Тоді постає питання: Хто, за рахунок яких ресурсів, як і наскільки розумно відшкодовує кошти, витрачені на лікування? Однак завжди існують різні форми фінансування та руху грошей від платника до отримувача доходу.

Світова практика доводить, що окрім прямої оплати медичних послуг самими пацієнтами (*прямі форми фінансування* можуть містити відшкодування страховими компаніями за рахунок виплат роботодавців та працівників (*ФОП. Оподатковування*) або бюджетний перерозподіл податків на користь медицини (*загальні оподаткування*) [56]).

У будь-якому разі процес надання медичної допомоги вимагає як мінімум економічного обґрунтування витрат (незалежно від форми їх відшкодування) та регулювання фінансових потоків. До речі, в європейських країнах економія та стримування зростання медичних витрат з метою підвищення віддачі від інвестицій у вигляді покращення здоров'я населення (медичний ефект від інвестицій) розглядається як не менш важливе завдання, ніж підвищення ефективності інвестицій. якість медичної допомоги населенню. Ці дві проблеми (медична та економічна) вирішуються одночасно і взаємопов'язані.

Таким чином, медичні послуги як ринковий продукт суттєво відрізняються від інших продуктів чи послуг. Поширений стереотип суджень про безкоштовність медичної допомоги та платність медичної послуги пов'язаний із соціальною природою медичних відносин, оскільки їх об'єктом є людина. Відділення виключно платних медичних послуг від безкоштовної медичної допомоги призводить до нерозуміння діяльності приватного медичного сектора.

Висновки до розділу 1

Вивчення поняття та типів закладів охорони здоров'я, розроблених різними вченими, дозволило запропонувати більш уточнене визначення поняття «установа охорони здоров'я», тобто. або через власну класифікацію професійної діяльності медичного (фармацевтичного) персоналу. Пропонується класифікувати заклади охорони здоров'я за такими ознаками: а) за підвідомчим органом; б) за організаційно-правовою формою; в) формою власності; г) на основі ліцензування господарської діяльності; д) на підставі проходження акредитації; е) про можливість приватизації.

Дослідження медичної послуги як продукту медичного ринку показало, що медична послуга як продукт ринку істотно відрізняється від іншого продукту чи послуги. Поширений стереотип суджень про безкоштовність медичної допомоги та платність медичної послуги пов'язаний із соціальною природою медичних відносин, оскільки їх об'єктом є людина. Відділення виключно платних медичних послуг від безкоштовної медичної допомоги призводить до нерозуміння діяльності приватного медичного сектора.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА МІСЬКА ДИТЯЧА КОМУНАЛЬНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Аналіз кадрового забезпечення процесу надання медичних послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Муніципальне некомерційне підприємство "Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня" (КНП " ТМДКЛ ") - некомерційне підприємство, що надає медичні послуги населенню Тернополя. Компанія здійснює господарську, некомерційну діяльність, спрямовану досягнення соціальних та інших результатів без мети отримання прибутку, і є некомерційною організацією.

КНП « ТМДКЛ » — лікувально-профілактичний заклад із підвідомчими структурними підрозділами, діяльність яких координується за єдиним планом та метою.

Метою діяльності КНП « ТМДКЛ » є реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я, інтеграція та ефективне використання ресурсів з метою досягнення найкращих кінцевих результатів у забезпеченні доступної амбулаторно-поліклінічної та висококваліфікованої спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги. для дітей міста, підвищення якості та обсягу профілактичної допомоги

Відповідно до поставленої мети основними завданнями КНП « ТМДКЛ » є: здійснення оперативного управління, організаційно-методичного керівництва роботою лікарняних підрозділів; консалтингові та дослідницькі послуги; стаціонарне лікування хворих; Огляд та контроль якості медичної допомоги; реабілітація пацієнтів; надання та продовження лікарняних; Надання невідкладної медичної допомоги хворим на інфекційні захворювання; своєчасна та кваліфікована медична допомога дітям міста віком від 0 до 17 років, 11 місяців та 29 днів у стаціонарних відділеннях лікарні; своєчасна та кваліфікована медична допомога дітям міста віком від 0 до 17 років, 11 місяців та 29 днів, на амбулаторних прийомах у поліклініках та вдома пацієнтам, які за станом

здоров'я та характером захворювання не можуть звернутися до поліклініки, потребують ліжок відпочинку та систематичне медичне спостереження; Організація придбання, перевезення, зберігання, збуту (збуту), використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів; взаємодія з іншими лікувально-профілактичними установами; Підвищення якості медичної допомоги за рахунок комплексного запровадження досягнень медичної науки та практики, наукової організації праці, раціонального використання медичних кадрів; Удосконалення організації управління та стилю роботи управлінських служб та функціональних підрозділів лікарні; підготовка, підвищення кваліфікації та атестація медичного персоналу; Проведення широкої санітарно-просвітницької роботи щодо підвищення гігієнічних знань та освіти населення; Здійснення фінансово-господарської діяльності, характер та спрямування якої погоджено з управлінням охорони здоров'я Тернопільської міської ради та не заборонено чинним законодавством; вирішення соціальних проблем тощо.

Згідно зі Статутом, поточне керівництво КНП « ТМДКЛ » здійснює Директор, який призначається на посаду відповідно до умов договору. Керівник досліджуваного підприємства має п'ять заступників: заступник із поліклінічної роботи, заступник з медичної роботи, заступник з перевірки непрацездатності, заступник з економічних питань та заступник у сестринській справі (рис. 2.1). У складі медичного центру ТМДКЛ є: лікувальний корпус, інфекційне відділення, поліклініки (Центральна поліклініка, педіатричне відділення №1, педіатричне відділення №2, педіатричне відділення №3, педіатричне відділення №4, педіатричне відділення №5 педіатричного відділення №6) (рис. 2.1).

Кадровий аудит КНП « ТМДКЛ » включає аудит персоналу, аудит кадрового потенціалу і аудит кадрової документації [13]. Кожен із згаданих видів перевірок досить трудомісткий і великий, тому зупинимося лише одному з їх видів - кадровому аудиті, під час якого проводиться оцінка кадрового забезпечення загалом і лише на рівні окремих структурних підрозділів; Оцінка рівня підготовки

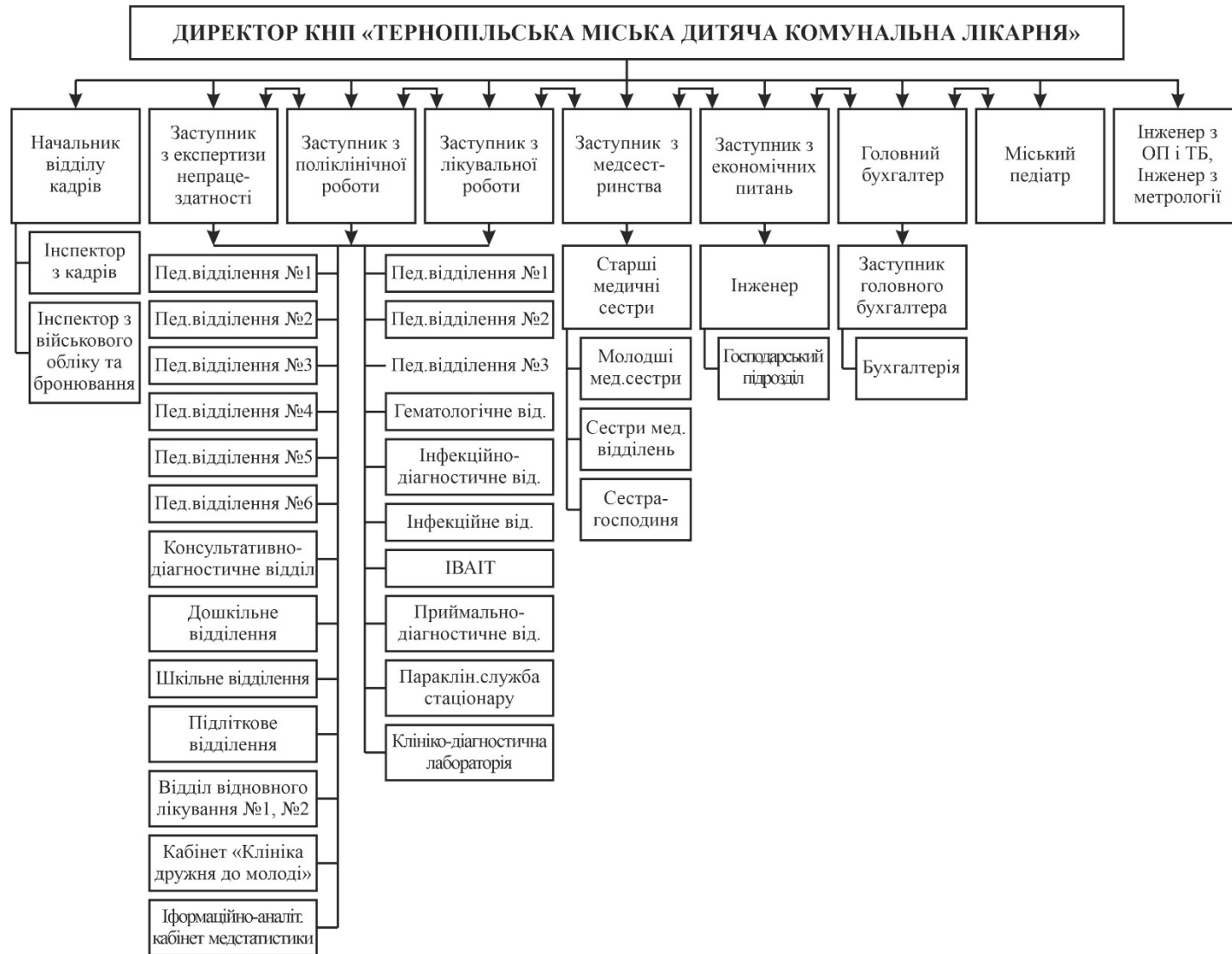


Рис. 2.1. Організаційна структура Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня»

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТМДКЛ»

Вимоги до персоналу реалізації діяльності; Аналіз кадрової структури відповідно до вимог технології надання медичних послуг та класифікації посад; Аналіз структури персоналу із соціально-демографічним характеристикам; Оцінка плинності кадрів та інших. [13].

У таблиці 2.1 подано якісний склад працівників КНП «ТМДКЛ» (станом на 31 грудня 2018 року).

Таблиця 2.1

Якісний склад працівників КНП «ТМДКЛ»

Назва показників	Усього, осіб	з них жінки
Облікова кількість штатних працівників на кінець року	835	788
у тому числі: прийняті на умовах неповного робочого дня (тижня)	38	35
у віці 15-35 років	218	213
знаходяться у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами	X	
знаходяться у відпустці по догляду за дитиною до досягнення нею віку, встановленого чинним законодавством		78
проживають на території інших областей, ніж місце здійснення діяльності підприємства, або поза межами України		
мають науковий ступінь	4	X

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТМДКЛ»

Як показано в Таблиці 2.1, у КНП ТМДКЛ працює 835 осіб, з них 788 (94%) жінки (Додаток А). 38 співробітників працюють у немовний робочий час, із них 35 (92%) жінки. Жодна жінка, яка працює в досліджуваному медичному закладі, не перебуває у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами, натомість у відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами до досягнення встановленого законом віку перебувають 78 жінок.

Для проведення кадрового аудиту КНП «ТМДКЛ» необхідно використовувати штатну чисельність ($K_{сп}$), яка характеризується відношенням кількості посад, що заповнюються ($\Pi_{факт}$) до затвердженої кількості штатних посад. ($\Pi_{пл}$).

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

Укомплектування об'єктів штатними підрозділами не більше чисельності кваліфікованих робочих забезпечується шляхом трудової кооперації. Розрахуємо

коефіцієнт співробітництва медичного персоналу Do_{cm} за формулою:

$$K_{cm} = \frac{D_{шт}}{D_{фл}}, \quad (2.2)$$

де $D_{шт}$ – кількість штатних одиниць за штатним розписом;

$D_{фл}$ – чисельність працюючих у закладі фізичних осіб.

Кількість фактично заповнених посад відповідає рівню медичних послуг, необхідні задоволення потреб населення. Це може призвести до перевантаження робочого персоналу, а також погіршення рівня та якості медичної допомоги населенню.

У закладах охорони здоров'я склад та структура персоналу ґрунтується на виділенні наступних основних категорій працівників: 1) лікарі; 2) середній медичний персонал; 3) молодший медичний персонал; 4) спеціалісти (не лікарі); 5) інший персонал.

Обстежуване ЛПЗ укомплектовано лікарями різних спеціальностей, зокрема: терапевтами, пульмонологами, кардіоревматологами, гастроентерологами, ендокринологами, алергологами, гематологами, дієтологами, фізіотерапевтами, хірургами, анестезіологами, ортопедами офтальмологами, отоларингологами, невропатологами, імунологи, інфекціоністи та ін.

У таблиці 2.2 подано чисельність та кваліфікація лікарів КНП «ТМДКЛ».

Таблиця 2.2

Кількісний та якісний склад лікарів КНП «ТМДКЛ»

Найменування посад	Усього облікова кількість осіб на 31.12	Із загальної кількості лікарів (графа 1), які мають кваліфікаційну категорію		
		вищу	I	II
1	2	4	5	6
1. Лікарі	199	109	32	22
у тому числі жінок	178	95	28	21
із загальної кількості – лікарі з організації і управління охорони здоров'я (соціал-гігієністи)	5	5		
терапевти, усього	9	6	3	
пульмонолог	1			1

1	2	3	4	5
у тому числі дитячі	1			1
кардіоревматологи дитячі	2	1		
гастроентерологи	1			
у тому числі дитячі	1			
ендокринологи	2	2		
у тому числі дитячі	2	2		
алергологи	1		1	
у тому числі дитячі	1		1	
гематологи	4	1	3	
у тому числі дитячі	4	1	3	
дієтологи	1	1		
фізіотерапевти	5	5		
з функціональної діагностики	3	2		1
хірурги	2	1	1	
у тому числі дитячі	2	1	1	
анестезіологи	5	4		
у тому числі дитячі	5	4		
ортопеди-травматологи	3	2		
у тому числі дитячі	3	2		
урологи	1		1	
у тому числі дитячі	1		1	
стоматологи	1			
акушери-гінекологи	2	1		
у тому числі гінекологи дитячі	2	1		
педіатри	109	58	18	13
у тому числі міських дільниць	62	28	13	10
рентгенологи	3	1	1	1
з ультразвукової діагностики	2	2		
офтальмологи	4	1		1
у тому числі дитячі	4	1		1
отоларингологи	7	4	1	1
у тому числі дитячі	7	4	1	1
невропатологи	5	2		2
у тому числі неврологи дитячі	5	2		2
дерматовенерологи	2	2		
у тому числі дитячі	2	2		
імунологи	1	1		
у тому числі дитячі	1	1		
інфекціоністи	11	4	2	2
у тому числі дитячі	11	4	2	2
бактеріологи і вірусологи	1	1		
лаборанти	2	2		
інтерни	2			
інші	1			

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТМДКЛ»

ТМДКЛ» працюють 199 лікарів , з них 178 (89%) жінки. Із загальної

кількості лікарів 109 (55%) мають вищу категорію, 32 (16%) – першу категорію, 22 (11%) – другу категорію.

Укомплектованість КНП " ТМДКЛ " лікарями становить 100% (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Динаміка укомплектованості КНП «ТМДКЛ» лікарями у 2020-2022 рр.

№	Показник	2020	2021	2022
1	Кількість ставок згідно із штатним розписом	204,75	204,75	204,75
2	Кількість зайнятих ставок	193,5	194,75	192,75
3	Кількість фізичних осіб	204	202	199
4	Процент укомплектованості	100%	100%	100%

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТМДКЛ»

Групу середнього медичного персоналу складають фельдшери, акушерки, медсестри, лаборанти тощо. До молодшому медичному персоналу належать домогосподарки, молоді медсестри (фельдшери), няні тощо.

У таблиці 2.4 подано чисельність та кваліфікація середнього медичного персоналу КНП « ТМДКЛ ». В ЛПУ, що обстежується, працюють 405 медичних працівників середньої ланки, з них 403 (99,5%) жінки. Із загальної кількості середнього медичного персоналу 198 (49%) відносяться до вищої категорії, 46 (11%) – до першої та 38 (9%) – до другої.

Таблиця 2.4

Кількісний та якісний склад середнього медичного персоналу КНП «ТМДКЛ»

Найменування посад	Усього облікова кількість осіб на 31.12	Із загальної кількості середніх медичних працівників, які мають кваліфікаційну категорію		
		вищу	I	II
1	2	3	4	5
Середній медичний персонал	405	198	46	38
у тому числі: фельдшери	13	3		
акушерки	6			
медичні сестри в усіх закладах	356	174	44	36
лаборанти (фельдшери-лаборанти)	22	17	1	2

1	2	3	4	5
рентгенолаборанти	3	2	1	
медичні статистики	3	1		
інші	2	1		
Молодші медичні сестри по догляду за хворими	130			
Із загальної кількості середніх медичних працівників-жінок	403	196	46	38
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	1			
інструктори з лікарської фізкультури	2	1		

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТМДКЛ»

Укомплектованість КНП « ТМДКЛ » молодшим персоналом із медичною освітою (медсестрами, лаборантами) становить 100 % (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Динаміка укомплектованості КНП «ТМДКЛ» молодшими працівниками з медичною освітою (сестри медичні, лаборанти) у 2020-2022 рр.

№	Показник	2020	2021	2022
1	Кількість ставок згідно із штатним розписом	401,75	401,75	401,75
2	Кількість зайнятих ставок	387,0	379,0	378,5
3	Кількість фізичних осіб	426	411	405
4	Процент укомплектованості	100 %	100 %	100 %

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТМДКЛ»

При порівнянні показників за 2016-2018 роки можна зробити такі висновки:

– КНП " ТМДКЛ " має досить високий кваліфікаційний рівень підготовки медичних фахівців. У 2020 році до цієї категорії належали 75,72% від загальної кількості медичних працівників, у 2021 році – 75,22%, у 2022 році – 74,56%. Відхилення 1,16% у 2022 році порівняно з 2020 роком пов'язане з прийомом на роботу молодих спеціалістів та звільненням працівників цієї категорії;

– Серед медичних працівників 64,4% (2020 р.), 64,3% (2021 р.) та 64,2% (2022 р.) мають досвід роботи понад 10 років, що є позитивним моментом. Незначне зниження вищезгаданого показника за досліджуваний період пов'язане зі звільненням досвідчених співробітників. Однак той факт, що кожен третій

медичний працівник працює понад 20 років, доводить, наскільки недостатній приплив молоді. Існує тенденція до старіння медичних кадрів;

– Розподіл співробітників за статтю показує дуже високу частку жінок – 94%. У всіх категоріях медичного персоналу жінок більше, ніж чоловіків. Найнижчий показник серед лікарів – 89% та найвищий серед молодих медичних працівників. Це пояснюється, перш за все, специфікою роботи у сфері охорони здоров'я, яка є більш прийнятною для жінок, ніж для чоловіків;

– У середньому 37% медичного персоналу мають стаж роботи понад 20 років, 17% мають найвищу кваліфікаційну категорію. За даними відділу кадрів, наймолодші медичні працівники – це медсестри (фельдшери), а найстарші – лікарі. Це можна пояснити тим, що рівень кваліфікації, необхідний якісного виконання професійних завдань, і специфіка роботи різні кожної групи медичних працівників. Тому професійна підготовка лікарів значно триваліша в порівнянні з іншими категоріями медичних кадрів, а навички, що набуваються, настільки унікальні, що їх використання в інших галузях економіки практично неможливо. Все це суттєво знизить міждисциплінарну мобільність лікарів у майбутньому.

2.2. Оцінка задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я

Показником ефективності міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта є зворотний зв'язок пацієнта після надання медичної послуги. Однією із форм цієї комунікації є визначення задоволеності пацієнтів якістю отриманих медичних послуг.

В даний час оцінка задоволеності здійснюється переважно на основі соціологічного підходу, який полягає у вивченні думки пацієнтів щодо різних аспектів якості медичних послуг за допомогою анкетування.

Об'єктами дослідження стали пацієнти віком від 18 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні № 2 медичного центру «ТМДКЛ» у липні – жовтні 2022 року та дали добровільну згоду на участь у дослідженні. Збір статистичного матеріалу здійснювався постійно за допомогою анкет при виписці пацієнтів за спеціально розробленим опитувальником

«Вивчення думки пацієнтів щодо якості медичних послуг». Для відбору основних питань для включення в анкету ми створили карту «Вивчення думки пацієнтів щодо значення показників роботи лікарні в оцінці задоволеності якістю послуг», яка містила 50 питань, пов'язаних із роботою лікарні. Пацієнтам пропонувалося оцінити значимість запропонованих показників, виходячи з їхньої думки про ступінь впливу на задоволеність якістю послуг за такими критеріями: значуща, незначна, незначна, думки не маю. В результаті аналізу було відібрано 22 питання, які згруповані за двома критеріями – медичним та організаційним. Під час збору матеріалів було заповнено 57 анкет «Вивчення думки пацієнтів щодо якості медичних послуг», після перевірки до аналізу було включено 50 анкет. Задоволеність оцінювалася за шкалою від 0 до 7, де 0 – нейтрально, 1 – дуже незадоволений, 2 – незадоволений, 3 – скоріше незадоволений, ніж задоволений, 4 – скоріше задоволений, незадоволений, 5 – задоволений, 6 – дуже задоволений. Для наочності підсумковий коефіцієнт задоволеності розраховувався за кожним критерієм. Задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги було обрано як основну незалежну змінну за чотирма градаціями: швидше задоволений, ніж незадоволений (оцінна шкала на основі коефіцієнта задоволеності 0,6–0,74); задоволений (шкала оцінок за коефіцієнтом задоволеності (0,75-1); скоріше незадоволений, ніж задоволений (шкала оцінок за коефіцієнтом задоволеності 0,4-0,59); незадоволений (шкала оцінок за коефіцієнтом задоволеності 0-0,39).

Було розглянуто та оцінено такі залежні змінні: робота приймального відділення; турбота та увага з боку лікарів; турбота та увага з боку середнього медперсоналу; рівень знань лікарів; рівень знань середнього медичного персоналу; час перевірки; зовнішній вигляд лікаря; зовнішній вигляд медсестер; Досягнення очікуваного результату лікування; доступність медичної інформації щодо лікування; уточнення рекомендацій при виписці; своєчасність складання іспиту; (побутові) умови проживання у відділенні; (побутові) умови перебування у стаціонарі; час очікування госпіталізації; стан санвузлів для вузьких фахівців; дотримання режиму дня в установі; тривалість перебування у лікарні; рівень сучасного обладнання; діагностичний рівень. Останнє питання являло собою

пропозицію висловити свою думку, внести пропозиції та зауваження, а також оцінити додаткові критерії, які не включені в анкету. Кількісні дані ми представляємо як середніх значень показників, якісні – як відсотків. Усі оцінювані критерії були поділені на дві групи: організаційні (10 критеріїв) та медичні (12 критеріїв). Для дослідження значущості критеріїв якості обслуговування використали метод експертної оцінки з розрахунком коефіцієнта конкордантності. В іспиті взяли участь 5 спеціалістів сфери організації охорони здоров'я зі стажем роботи у цій сфері щонайменше 10 років. Особливий інтерес представляло дослідження зв'язку аналізованих критеріїв статі, вікових особливостей, соціального статусу та тривалості захворювання. Для порівняння показників використовувався дисперсійний аналіз ANOVA . Розрахунки проводилися за допомогою статистичної програми Statistica 8 . Тест Левена використовувався для перевірки гіпотези про однорідність дисперсії та перевірки відповідності до нормального закону розподілу досліджуваних змінних.

Результати показали, що у досліджуваному контингенті переважали жінки (67,3%). Аналіз вікової структури показав, що люди віком від 18 до 25 років – 1,8%, 25-35 років – 7,3%, 35-45 років – 10,9%, 45-55 років – 29,0%, 55-65 років – склали 32,7. %, решта 18,3% - люди старше 65 років. У проаналізованих анкетах свою думку висловили 67% респондентів, зокрема 21,6% запропонували додаткові критерії оцінки, 11,3% висловили пропозиції щодо покращення роботи. Аналіз організаційних критеріїв (табл. 2.7) показав, що 90% їх оцінюються позитивно. Критерій доступності інформаційних матеріалів отримав низьку оцінку – 0,47. Медичні критерії позитивно оцінили 91,6% пацієнтів, повнота та доступність пояснень рекомендацій лікарів при виписці отримали негативну оцінку – 0,57, загальна задоволеність критерієм 2 склала 0,81.

**Коефіцієнт задоволеності пацієнтів терапевтичного відділення № 1
КНП «ТМДКЛ» якістю медичних послуг**

Критерії оцінки	Коефіцієнт задоволеності
1	2
Організаційні (критерій 1)	
Робота приймального відділення	0,67
Дотримання закладом розпорядку дня	0,94
Зовнішній вигляд лікарів	0,97
Зовнішній вигляд медичних сестер	0,95
Термін очікування госпіталізації	0,63
Доступність інформаційних матеріалів	0,47
Умови (побутові) перебування у відділенні	0,92
Умови (побутові) перебування у стаціонарі	0,93
Стан санітарних кімнат	0,91
Рівень сучасності обладнання	0,85
Задоволеність критерієм 1	0,82
Медичні (критерій 2)	
Повнота медичного огляду	0,82
Турбота та увага від лікарів	0,93
Турбота та увага від медичних сестер	0,91
Рівень знань лікарів	0,94
Рівень знань медичних сестер	0,91
Час огляду	0,71
Досягнення очікуваного результату від лікування	0,83
Доступність роз'яснень лікарів з приводу лікування	0,96
Роз'яснення рекомендацій під час виписки	0,57
Своєчасність обстеження	0,92
Терміни госпіталізації	0,73
Рівень діагностики	0,79
Задоволеність критерієм 2	0,81
Загальний рівень задоволеності	0,8

Примітка. Складено автором на основі проведеного дослідження

З таблиці 2.8 видно, що у структурі задоволеності 86,4% пацієнтів повністю задоволені якістю медичних послуг, що досить високим показником.

Наступним кроком була оцінка критеріїв від їхньої важливості до підсумкового рейтингу. Для цього кожному критерію після експертної оцінки було надано свою вагу. Загальна вага критерію 1 становила 0,43, критерію 2 – 0,57.

Таблиця 2.8

Питома вага критеріїв 1 і 2 в оцінці задоволеності якістю медичних послуг пацієнтами терапевтичного відділення № 1 КНП «ТМДКЛ» (в % до результату)

Градація критеріїв		Організаційні	Медичні	Всього
1.	більш задоволений, ніж незадоволений (0,6-0,69)	9,0	4,5	13,6
2.	задоволений (0,7-1)	36,4	50,0	86,4
3.	Більш незадоволений, ніж задоволений (0,4-0,59)	4,5	4,5	9,0
4.	Незадоволений (0-0,39)	0	0	0
Всього		45,4	54,6	100

Примітка. Складено автором на основі проведеного дослідження

Показники кожного критерію розраховувалися за такою формулою:

$$K_{п1...n} = K_{ку1...n} * K_{кв1...n} \quad (2.1)$$

де $K_{п1...n}$ – підсумковий коефіцієнт критерію з урахуванням ваги;

$K_{ку1...n}$ – Коефіцієнт задоволеності критерієм;

$K_{кв1...n}$ – Ваговий коефіцієнт критерію.

Підсумковий показник розраховувався за такою формулою:

$$K_{рз} = \frac{K_{п1} + K_{п2} + K_{п3} + \dots + K_{пn}}{n} \quad (2.2)$$

$K_{рз}$ – підсумковий рейтинговий коефіцієнт задоволеності;

n - кількість критеріїв.

З урахуванням вагових коефіцієнтів, загальний рівень задоволеності становить 0,89.

Науковий інтерес представляє вивчення залежності задоволеності якістю медичних послуг від статево-вікових особливостей пацієнтів терапевтичного відділення № 1 КНП «ТМДКЛ». Однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA (рис. 2.2) показав, що є достовірна різниця ($P < 0,05$) ступеня задоволеності роботою приймального відділення від гендерних характеристик (табл. 2.3) $F > F_{кр}$.

Середній бал у чоловіків становив 3,6 бала, у жінок – 2,6 із 6 можливих

балів. Крім того, молодші чоловіки (18-35 років) показали більшу задоволеність роботою за даним критерієм, ніж жінки того ж віку.

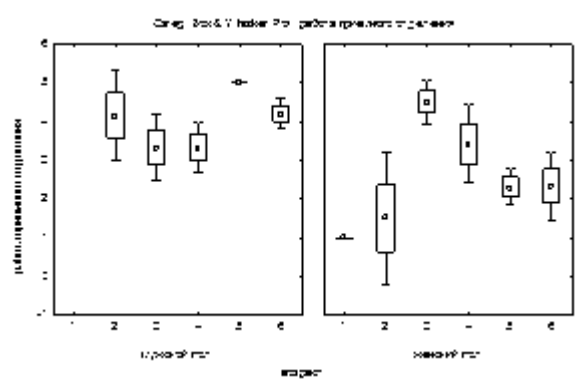


Рис. 2.2. Залежність рівня задоволеності якістю медичних послуг від статевих та вікових характеристик пацієнтів педіатричного відділення № 1 КНП «ТМДКЛ»

Примітка. Складено автором на основі проведеного дослідження

Таким чином, при аналізі задоволеності пацієнтів терапевтичного відділення №1 КНП «ТМДКЛ» якістю послуг наочно було надано рейтинг за кожним критерієм, оцінено загальний рівень задоволеності (0,8) та загальну задоволеність, розраховували з урахуванням вагових коефіцієнтів (0,89), оцінювали ступінь задоволеності роботою приймального відділення залежно від статі та віку. У середньому чоловіки задоволені роботою приймального відділення, ніж жінки.

Таблиця 2.9

**Підсумковий рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг
терапевтичного відділення № 1 КНП «ТМДКЛ»**

Критерії оцінки	Коефіцієнт задоволеності $K_{ку1} \dots 22$	Коефіцієнт вагомості $K_{в1} \dots 22$	Всього K_p
Організаційні (критерій 1)			
Робота приймального відділення	0,67	0,09	0,06
.....
Сучасність обладнання	0,85	0,03	0,02
Медичні (критерій 2)			
Повнота медичного огляду	0,82	0,08	0,07
.....
Рівень діагностики	0,79	0,07	0,05
Загальний рівень задоволеності	0,8		0,89

Примітка. Складено автором на основі проведеного дослідження

Запропонований метод оцінки задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг на прикладі терапевтичного відділення № 1 КНП « ТМДКЛ » дозволяє оцінити організаційно-медичний рівень якості послуг, що надаються, а також порівняйте рівні задоволеності обох інших відділів, а також медичного закладу в цілому. Виявлення проблемних критеріїв та їх своєчасна корекція є одним із ефективних механізмів підвищення якості медичної допомоги та покращення міжособистісної взаємодії пацієнтів та медичних працівників.

2.3. Аналіз лояльності пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я

Лояльність пацієнтів безпосередньо залежить від дотримання медичним персоналом принципів етики та деонтології під час надання медичних послуг. У цьому контексті особливо актуальною стає необхідність контролю за лояльністю пацієнтів, які вже пройшли лікування чи ще проходять лікування у тому чи іншому медичному закладі.

Сьогодні існують різноманітні системи та методи, що дозволяють визначити та оцінити лояльність споживачів товарів та послуг. На окрему увагу заслуговує система рейтингів лояльності, заснована на методі Net. промоутер Score (NPS), розроблений Ф. Райхельдом , що опублікував у 2003 році статтю "The Only Number You Need to Grow".

NPS – індекс, що характеризує рівень готовності споживача рекомендувати товар чи послугу компанії. На відміну від традиційних опитувань задоволеності клієнтів (наприклад , задоволення Індекс (CSI) полягає в тому, що це універсальна методика, що дозволяє порівнювати компанії з різних галузей та секторів економіки, зокрема охорони здоров'я. Ще одна особливість NPS полягає в тому, що, на відміну від CSI, він оцінює не численні критерії та компоненти продукту чи послуги, а намір споживача рекомендувати компанію своїм друзям та знайомим. При цьому респондент самостійно, керуючись лише особистими уподобаннями, вибирає суттєві фактори та критерії, що визначають його вибір. Це означає, що ви можете використовувати індекс NPS для оцінки лояльності клієнтів, використовуючи лише одне питання. Іншими перевагами цього є:

короткий час опитування (близько 2-5 хвилин) і простий метод розрахунку індексу. Подані переваги визначають актуальність та доцільність використання цього методу для оцінки лояльності пацієнтів закладів охорони здоров'я, у тому числі КНП «ТМДКЛ».

Методика NPS включає два питання. Спочатку респондент відповідає на запитання за 11-бальною шкалою: "Наскільки ймовірно, що ви порекомендуєте компанію своїм колегам і знайомим?", а потім його просять пояснити свою оцінку за допомогою відкритого питання: "Чому?". Респондентів, які оцінюють свою лояльність по 9 або 10 балах, називають промоутерами. Це найбільш цінні клієнти для компанії, оскільки вони беруть участь у маркетингу її товарів та послуг. Як показують дослідження Ф. Райхельда, збільшення лояльних клієнтів лише на 5% призводить до збільшення прибутку компанії на 25-100%. Ф. Райхельд також довів, що підтримувати відносини з постійними клієнтами набагато дешевше, ніж купувати нових клієнтів. Покупців, які вибрали відповідь 7 чи 8, називають «нейтралами», вони користуються товарами чи послугами компанії, але не рекламують їх у ринку. Респонденти, які оцінюють ймовірність рекомендації продукту на 6 і менше балів, називаються критиками. Це незадоволені клієнти, які є джерелом негативної інформації про компанію та негативно впливають на її імідж та просування її товарів та послуг на ринку. Індекс лояльності (NPS) розраховується з різниці часток промоутерів та критиків. Отже, значення цього індексу може бути в межах від -100% до +100%. Чим ближче значення індексу NPS до 100%, тим лояльніші клієнти.

В оцінці утримання пацієнтів КНП «ТМДКЛ» взяли участь 93 респонденти. Це пацієнти, які отримали певні медичні послуги в медичному закладі, що обстежується. З усієї вибірки лише 44 (47,4%) респондента відповіли на друге відкрите питання про причини цієї оцінки, при цьому 42 (44,8%) респондента обмежилися загальними словами та фразами без зазначення конкретних причин: «Все добре», «Все подобається», «Все влаштовує», «Обслуговуванням задоволений». Такі відповіді не дають значної інформації про причини вибору оцінки і в подальших дослідженнях вони не брали участі. Аналіз інших відповідей дозволив розділити їх у групи залежно від змісту.

Відповіді були віднесені до першої групи «Лікувально-діагностичний процес», в якій існує зв'язок ймовірності рекомендації КНП « ТМДКЛ » із задоволеністю пацієнта якістю медичної допомоги, професіоналізмом (кваліфікацією) лікарів та відзначено медичних працівників, кадровий склад та рівень забезпеченості установи необхідним медичним обладнанням. Приклади відповідей, віднесених до цієї групи: "висока кваліфікація персоналу, сучасне обладнання", "високий професіоналізм, сучасні методи діагностики", "високий професіоналізм лікарів, хірургів та інших медичних працівників" тощо.

До другої групи «Етика та деонтологія медичного персоналу» увійшли відповіді, в яких пацієнти підкреслювали зв'язок між етикою, доброзичливістю, уважністю та ввічливістю медичного персоналу та його комунікативними здібностями (вмінням та бажанням слухати, консультувати та докладно інформувати пацієнтів) про різні аспекти лікування). Приклади відповідей, віднесених до цієї групи: «Хороша атмосфера, ввічливий медперсонал», «Мені сподобалося ставлення до пацієнтів лікарів та медичного персоналу», «Тут працюють приємні люди, доброзичливі та чуйні», «Фахівці доступно пояснюють усі питання», «Лікар мені сподобався, все докладно пояснює і не поспішає», «Сподобалася комунікабельність персоналу установи» тощо.

До третьої групи «Обслуговування в ЛПЗ» увійшли відповіді, в яких пацієнти пояснюють свою оцінку характеристик (характеристик) ЛПЗ: цінової політики, умов перебування, якості лікувального харчування, якості обслуговування (ввічливість та доброзичливість). немедичного персоналу), час очікування послуги, престиж та репутація медичного закладу. Приклади відповідей, віднесених до цієї групи: «Ціна незадовільна», «Заклад хороший, але бюджет не дозволяє скласти всі іспити», «Все подобається, все чисто та акуратно», «Приємні умови, чистота», «всі фахівці та співробітники працюють вчасно », «Економія часу» і т. д.

З розробленої класифікації всі відповіді було віднесено до тієї чи іншої категорії. Залежно від змісту відповідь респондента може бути віднесена до однієї або кількох груп. Наприклад, відповідь «Працюють відмінні фахівці і просто хороші, чуйні люди» відноситься до першої та другої групи, а відповідь

«дружній колектив» стосується лише третьої групи.

Для виявлення негативних та позитивних відгуків усі відповіді були систематизовані за темами та згруповані згідно з наданим рейтингом. Таким чином, вся вибірка була поділена на три підгрупи: «Критики», «Промоутери» та «Нейтральні» (рис. 2.3). До групи «критиків» входять люди з низьким рівнем лояльності, тому дуже важливо пояснити причини оцінки.

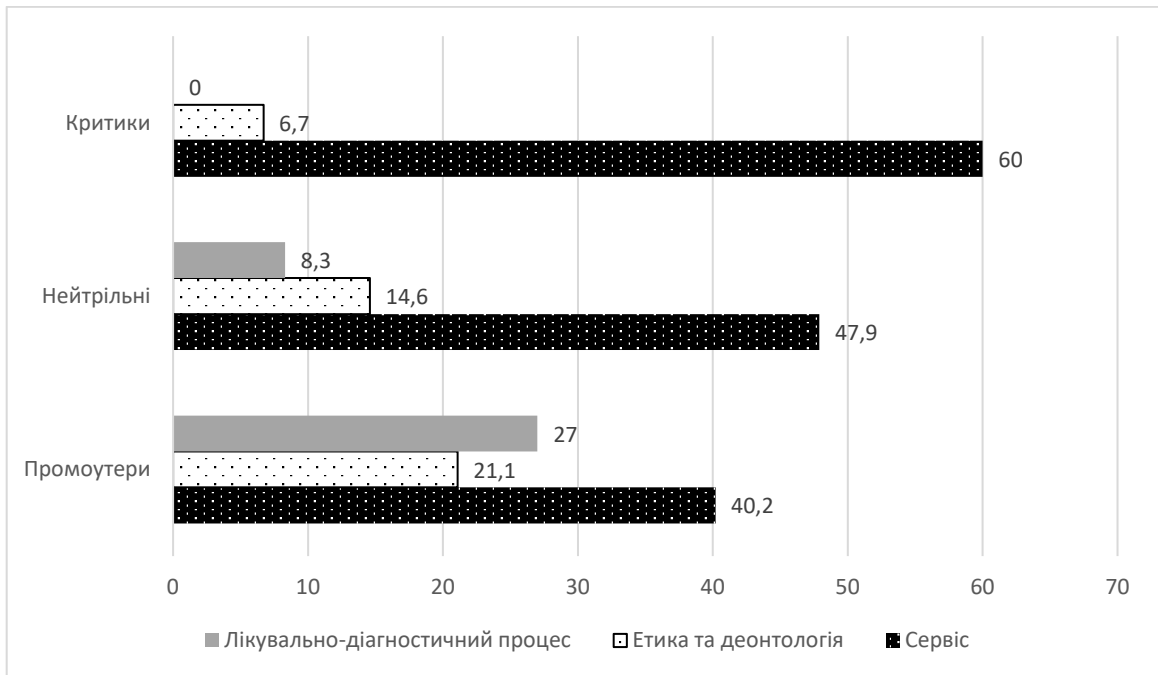


Рис. 2.3. Розподіл відгуків за тематикою залежно від виставлених оцінок

Примітка. Сформовано автором на основі опитування.

Як видно із рис. 2.3, переважно висловлювання «критиків» стосуються обслуговування обстеженого ЛПЗ (60%); Незначна частина стосується етики та деонтології медичного персоналу (6,7%), а до лікувально-діагностичного процесу зауважень немає. У групі «Промоутери» представлені відгуки, що відображають позитивну оцінку обстеженого медичного закладу та є причиною високої лояльності пацієнтів. Як видно із рис. 2.12 співвідношення відгуків промоутерів тематично відрізняється від групи критиків. Серед «промоутерів» суттєво зростає частка позитивних висловлювань та коментарів щодо лікувально-діагностичного процесу (27%), а також етики та деонтології медичного персоналу (21,1%). Група "Нейтральні" займає проміжне положення між двома крайніми групами.

З рис. 2.3 можна дійти невтішного висновку, що «критики» і «промоутери» відрізняються друг від друга й по-різному поведуться в оцінці лояльності. «Критики» здебільшого незадоволені обслуговуванням закладу, особливо відзначають цінову політику та час очікування (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Розподіл відгуків у групах залежно від оцінки лояльності пацієнтів

	Лікувально-діагностичний процес		Етика і деонтологія	Сервіс					
	Професіоналізм медичного персоналу / Лікування	Діагностика / Обладнання / Різноманітність діагностичних процедур		Цінова політика	Умови перебування	Лікарське харчування	Якість обслуговування	Час очікування / Швидкість / Оперативність	Престиж / статус / Репутація
Критики	0,00%	0,00%	6,7%	26,67%	0,00%	0,00%	13,33%	20,00%	0,00%
Нейтральні	6,25%	2,08%	14,6%	10,42%	2,08%	2,08%	18,75%	14,58%	0,00%
Промоутери	21,42%	5,56%	21,1%	0,42%	4,03%	3,34%	24,90%	6,95%	0,56%

Примітка. Сформовано автором на основі опитування.

На відміну від «критиків», «промоутери» насамперед наголошують на якості медичних послуг. Тому можна припустити, що рівень обслуговування дуже впливає на кількість незадоволених пацієнтів. Однак, коли ми говоримо про «промоутерів», велике значення надається якості медичної діяльності, етики та деонтології медичного персоналу. Тому робота з підвищення лояльності має бути комплексною і ґрунтуватися на всіх згаданих критеріях. Крім того, якщо не йдеться про екстрені ситуації, рівень обслуговування, а також ввічливість та етична поведінка персоналу медичного закладу оцінюється в першу чергу пацієнтом. Тому низький рівень обслуговування може призвести до того, що пацієнт просто не захоче користуватися послугами даного медичного закладу і, отже, зможе оцінити якість інших послуг, а організація отримає нового критика.

Порівнюючи дані за 2021 та 2022 роки, індекс NPS у КНП «ТМДКЛ» у 2022 році збільшився на 11,6%. Ця зміна відбулася за рахунок зниження частки «критиків» з 5,4% до 1,6% та збільшення частки «промоутерів» з 85,1% до 92,9% (рис. 2.4).

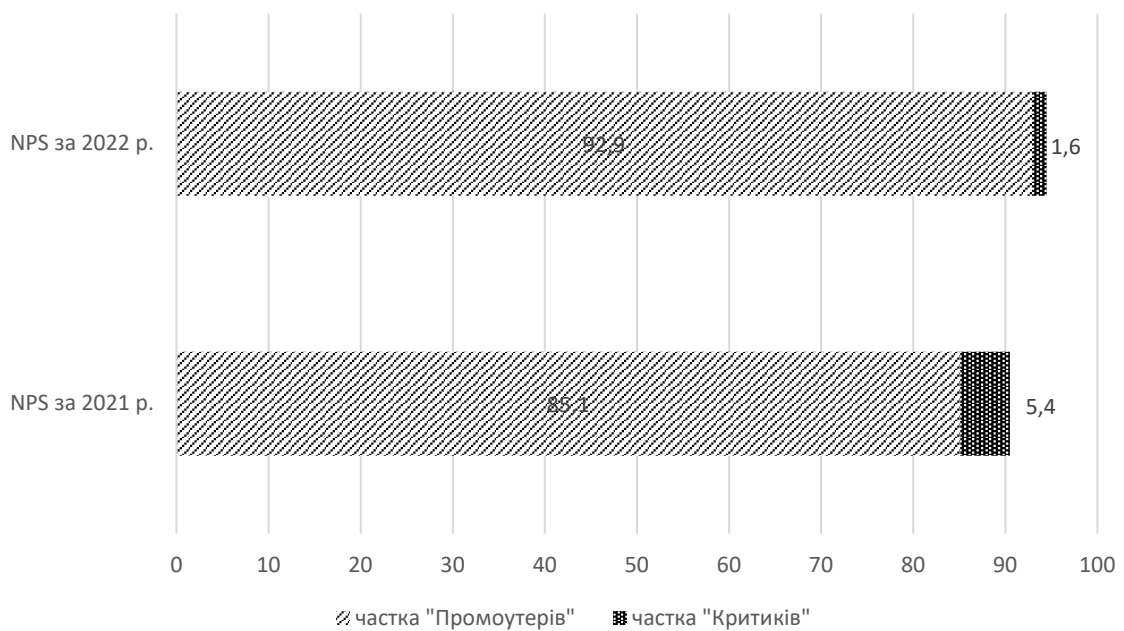


Рис. 2.4. Співвідношення частки «Критиків» та «Промоутерів» в індексі NPS за 2021 та 2022 роки.

Примітка. Сформовано автором на основі опитування.

Такі зміни відбулися завдяки цілеспрямованій роботі з урахуванням зауважень та побажань, висловлених пацієнтами. Було розширено та доповнено раціон хворих, організовано доставку їжі. У кабінетах та денному поліклініці проведено плановий ремонт. Покращено доступ до Інтернету через систему Wi-Fi. Дрібний ремонт санвузлів та запірної арматури у палатах було проведено оперативно, що призвело до підвищення комфортності перебування пацієнтів. Відбулися зміни у роботі середнього медичного персоналу. Медперсонал розпочав первинну реєстрацію пацієнта (збір інформації), що прискорило процес долікарської допомоги пацієнтам. Перелік медичних послуг обстежуваного закладу охорони здоров'я розширено за рахунок включення до штату вузьких спеціалістів. Було організовано вечірній прийом для фахівців та інструментальних досліджень. Всі ці заходи дозволили знизити кількість коментарів пацієнтів щодо умов перебування (з 6% до 3,8%) та збільшити кількість позитивних відгуків щодо часу очікування та швидкості обслуговування (з 2,6% до 7,7%) та якісне лікувальне харчування. (від 2,0% до 3,0%).

індекс NPS є простим та ефективним інструментом визначення зворотного зв'язку між медичною організацією та пацієнтом. Його застосування стає особливо ефективним, коли змістовні відповіді респондентів аналізуються з огляду на причини їх оцінки. Дані, отримані на основі індексу NPS, дозволяють ухвалювати управлінські рішення, які допомагають оптимізувати діяльність медичного закладу та підвищити загальний рівень утримання пацієнтів. Аналіз відповідей пацієнтів виявив три групи факторів, що впливають на лояльність пацієнтів: «лікувально-діагностичний процес», «етика та деонтологія медичного персоналу» та «сервіс у закладі охорони здоров'я». Контент-аналіз відповідей, залежно від оцінки пацієнта, дозволив відокремити критичні відгуки від позитивних оцінок респондентів. З'ясувалося, що більшість критичних коментарів пов'язані з обслуговуванням у медичному закладі. Тому, щоб знизити частку «критиків» в індексі NPS необхідно постійно покращувати якість сервісу. Важливими аспектами для «промоутерів» є якість медичних послуг, етика та деонтологія медичного персоналу. Тому робота з підвищення лояльності повинна мати комплексний характер і включати поліпшення всіх складових цього рейтингу.

Висновки до розділу 2

КНП " ТМДКЛ " - некомерційна організація, що надає медичні послуги населенню Тернополя. КНП « ТМДКЛ » — лікувально-профілактичний заклад із підвідомчими структурними підрозділами, діяльність яких координується за єдиним планом та метою.

За підсумками кадрового аудиту КНП « ТМДКЛ» було зроблено такі висновки:

– КНП " ТМДКЛ " має досить високий кваліфікаційний рівень підготовки медичних фахівців. У 2020 році до цієї категорії належали 75,72% від загальної кількості медичних працівників, у 2021 році – 75,22%, у 2022 році – 74,56%. Відхилення 1,16% у 2022 році порівняно з 2020 роком пов'язане з прийомом на роботу молодих спеціалістів та звільненням працівників цієї категорії;

– Серед медичних працівників 64,4% (2020 р.), 64,3% (2021 р.) та 64,2% (2022 р.) мають досвід роботи понад 10 років, що є позитивним моментом. Незначне зниження вищезгаданого показника за досліджуваний період пов'язане зі звільненням досвідчених співробітників;

– Розподіл співробітників за статтю показує дуже високу частку жінок – 94%. У всіх категоріях медичного персоналу жінок більше, ніж чоловіків. Найнижчий серед лікарів – 89%, а найвищий – серед молодшого медичного персоналу;

– У середньому 37% медичного персоналу мають стаж роботи понад 20 років, 17% мають найвищу кваліфікаційну категорію. За даними відділу кадрів, наймолодші медичні працівники – це медсестри (фельдшери), а найстарші – лікарі.

Загальна задоволеність пацієнтів якістю медичних послуг КНП « ТМДКЛ », що склала 0,8, та загальна задоволеність пацієнтів якістю медичних послуг з урахуванням вагових коефіцієнтів, що склала 0,89. Дані показники досить високі і свідчать про високий рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг, які вони отримали в досліджуваному закладі. У середньому чоловіки задоволені якістю медичних послуг, ніж жінки.

Виділено три групи факторів, що впливають на лояльність пацієнтів КНП " ТМДКЛ ": "Лікувально-діагностичний процес", "Етика та деонтологія медичного персоналу", "Сервіс закладу охорони здоров'я".

Було виявлено, що більшість критичних коментарів від пацієнтів досліджуваного медичного закладу пов'язані з послугою. Щоб знизити частку «критиків» в індексі NPS , необхідно системно вживати заходів щодо покращення якості обслуговування. Для «промоутерів» важливими аспектами досліджуваного закладу охорони здоров'я є якість медичних послуг, етика та професійна етика медичного персоналу. Тому робота з підвищення рівня лояльності повинна мати комплексний характер і включати поліпшення всіх складових цього рейтингу.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Проектування медичних послуг як спосіб удосконалення процесу надання медичних послуг

Проектування – це «організація процесу надання медичних послуг, включаючи процедури прийому, напрями та бронювання місць у медичних установах» [46]. Головним пріоритетом при проектуванні послуг є встановлення високого рівня функціональних стандартів. Виконання 97% кожної встановленої процедури забезпечує високий рівень медичного закладу. Однак, якщо медична послуга складається з п'яти процедур (виконаних на 97%), нормативи знижуються до 86%. При наданні послуги з 22 процедур ймовірність того, що пацієнт отримає медичну послугу на високому рівні (відповідно до встановленого стандарту), знижується на 50%» [30].

При проектуванні медичних послуг слід враховувати їх функціональні та семіотичні аспекти. Особливо коли йдеться про функціональність медичних послуг, цей аспект характеризує їхню практичність. Насамперед, це стосується способу надання медичних послуг, визначення необхідного медичного обладнання та засобів, затвердження чисельності та штатного розкладу персоналу, визначення виду діагностики, вибору параметрів надання послуг та заходів безпеки.

Семіотичний аспект визначає практичний вимір послуги та впливає на її рекламу. Слід пам'ятати, що термін «медична допомога» включає безліч компонентів, які враховують пацієнти, у тому числі зовнішній вигляд закладу охорони здоров'я та його медперсоналу, атмосферу установи, час очікування процедури і т.д. елементи - це рекламні матеріали, про які не всі знають. Наприклад, тригодинне очікування прийому лікаря характеризує лікарню негативно, оскільки в цьому випадку час лікаря в 60 разів цінніший за час пацієнта.

Оскільки практичні аспекти медичних послуг що неспроможні

змінюватися щодня, їх можна постійно вдосконалювати. Зокрема, при введенні картки пацієнта лікарі повинні інформувати пацієнта про альтернативні варіанти лікування і тим самим надати можливість вибору доступної форми терапії при наданні медичних послуг.

Наступний фактор – семіотичний аспект свободи пацієнта під час госпіталізації. Особливо важливим є цей фактор для пацієнтів, які перебувають у медичній установі тривалий період часу. Цей фактор має терапевтичне значення і може переважати інституційні захисні заходи. Як показує практика, такі враження від лікарні, що складаються з невеликих елементів, утворюють важливі ланки у ланцюжку якості.

Дослідження у цьому напрямі повинні проводитися маркетинговими службами, включеними до закладу охорони здоров'я на умовах аутсорсингу . Така інформація дає уявлення про пацієнтів, з її допомогою можна дізнатися більше про побажання та переваги пацієнтів. Також важлива інформація про бажання поговорити з лікарем про сім'ю, допомогу у прийнятті душа, можливість вільно пересуватися тощо. Д. Знання звичок, смаків та побажань потенційних пацієнтів – запорука успіху медичного закладу.

Якщо при проектуванні медичних послуг необхідно проводити різницю між функціональними та семіотичними аспектами, у більшості випадків у центрі уваги перебуває пріоритет. Перш ніж послуги буде запропоновано на медичному ринку, їх необхідно протестувати. Для цього необхідно: перевірити, чи відповідають послуги місії та цілям закладу охорони здоров'я; чи цікава нова концепція представленої медичної послуги як покупцям (медичним установам), і пацієнтам; яку користь це принесе реципієнтам (пацієнти приймуть нові послуги, якщо вони будуть їм корисні, незважаючи на їх обмеження) [46].

Світова практика виробила п'ять методів внутрішньої організації проектування медичних послуг у закладах охорони здоров'я:

1. Звичайне управління (опційно для всіх охоронних установ Здоров'я), що передбачає використання комплексу заходів на основі внутрішнього планування та реалізації на основі затвердженого плану, розробки стратегії, специфікації медичних послуг та операцій на підставі укладеного

договору з покупцями медичних послуг (медичне страхування). Досягнення короткострокових та довгострокових цілей, визначення специфікації медичних послуг та розвиток медичного страхування не диктуються зверху, а пропонуються структурними підрозділами закладу охорони здоров'я. Однак подальша діяльність визначається укладеними договорами та непорушністю ієрархії системи управління медичною установою.

2. Управління за допомогою «центрів якості» та реалізація стратегії на основі наперед визначених стандартів якості медичної допомоги. «Комірки якості» складаються з людей, які регулярно зустрічаються публічно, щоб обговорити поточну діяльність та покращити систему охорони здоров'я. Передумовами створення центрів якості для успіху закладу охорони здоров'я є: низька плинність кадрів з моменту створення центрів якості; високий рівень трудової етики; чітко визначені обов'язки та напрямки діяльності окремих «центрів якості»; масштабне створення «центрів якості» для виявлення найменших помилок та недоліків у процесі надання медичних послуг; сильний, незалежний керівний склад, який не боїться ризикувати, здійснює загальний контроль та забезпечує правильну роботу структурних підрозділів ЛПЗ.

Крім загального керівництва персоналом, керівники повинні: підтримувати діяльність «центрів якості» та працювати з персоналом середньої ланки; координувати діяльність «центрів якості» на території ЛПЗ; публічно уявити досягнуті успіхи; проводити експериментальні дослідження для перевірки припущень практично; постійно проводити навчання керівників діючих «центрів якості», обраних із числа співробітників, у розвиток їх комунікативних і управлінських навичок; Просувайте ключові досягнення та заохочуйте досягнення.

1. Внутрішній маркетинг, основна ідея якого полягає у визначенні сфер маркетингової взаємодії учасників надання медичних послуг.

2. Функціонування груп покращення якості (ГП), створених для покращення якості медичних послуг, що надаються медичною установою. Ви самостійно організуєте дослідження ринку медичних послуг. Висновки, яких вони приходять під час дослідження, передаються керівнику відділу, у якому

працює група. При цьому існує чіткий поділ між медичним та управлінським персоналом. У перших більше можливостей виявити потреби пацієнтів та оцінити ступінь використання медичних процедур на практиці. Групи поліпшення якості формуються до виконання конкретних, поточних завдань, і мають ширшу функцію, ніж «гуртки якості».

3. П'ятий метод називають методом «реалізації системних структур». Функціональні структури медичного закладу самореалізуються, незалежні і нав'язуються ззовні. Цей метод найбільш популярний у медичних закладах Великобританії. Вона полягає у реалізації описаної вище політики установ охорони здоров'я за всіма їх напрямками: це може бути політика проектування технічних умов та проектування якості, що проводиться для досягнення встановленого рівня якості медичних послуг [52].

Для визначення стратегічних цілей організації охорони здоров'я, що надає медичні послуги та використовує сучасні методи управління, необхідно проаналізувати зовнішні та внутрішні чинники, що впливають на її роботу. Для цього ми використовуємо метод SWOT- аналізу, який дозволяє визначити сильні та слабкі сторони установи та виявити потенційні загрози та можливості для його діяльності (табл. 3.1).

ТМДКЛ « при цьому враховує : професіоналізм співробітників; сучасне медичне встаткування; зручне розташування, комфорт та безпека при наданні медичних послуг; позитивні відгуки пацієнтів; знання потреб пацієнтів; стабільні позиції над ринком; Розширення спектра медичних послуг. До слабких місць КНП « ТМДКЛ» можна віднести нестабільну фінансову політику та монопольне становище Міністерства освіти і культури України на ринку .

У таких умовах однією з основ політики якості в КНП « ТМДКЛ » має стати пропаганда пацієнтами позитивної оцінки рівня надання медичних послуг медичним закладом, що обстежується. У той самий час є необхідність розробки методології аналізу задоволеності пацієнтів. Очевидно, що це має бути комплексний аналіз, який має проводитись у сім етапів:

SWOT-аналіз КНП «ТМДКЛ»

Сильні сторони	Можливості
1. Професійність кадрів. 2. Сучасне технологічне медичне обладнання. 3. Зручне розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг. 4. Позитивні відгуки пацієнтів. Знання потреб клієнтів. 5. Стабільні позиції на ринку. 6. Розширення асортименту медичних послуг.	1. Продаж послуг, що приносять дохід та виходять за рамки медичного страхування. 2. Лояльність клієнтів.
Слабкі сторони	Загрози
1. Нестабільна фінансова політика та монопольне становище Міністерства охорони здоров'я України.	1. Конкуренція. 2. Високі відсоткові ставки з кредитів 3. Підвищена чутливість до економічної ситуації в секторі послуг 4. Зниження доходів пацієнтів

Примітка. Складено автором

1. Характеристика пацієнта та медичних послуг, які він отримує у закладі охорони здоров'я. Цей етап має розпочатися з того, що медичній установі буде зрозуміло, хто є пацієнтом. На практиці розглядаються два можливі варіанти розробки моделі задоволеності пацієнтів (рис. 3.2, а та б).

Пропонована модель є медичним закладом, який надає медичні послуги своїм пацієнтам і отримує інформацію про їхню задоволеність. Загалом у більшості випадків ефективна бінарна модель задоволеності пацієнтів (рис. 3.2, б), яка характеризується особливою системою розподілу, яка проходить через низку посередників перед наданням медичних послуг кінцевим споживачам. У цьому відкритість системи дистрибуції є дуже важливим чинником.

2. Первинна сегментація пацієнтів. Після того, як організація охорони здоров'я розробила профіль потенційних пацієнтів, їй необхідно розділити їх на різні сегменти. Як показує практика, найчастіше пацієнти не утворюють однорідну групу. Класифікація за групами має ґрунтуватися на інформації, що використовується медичними установами (приватний або державний пацієнт, місце його знаходження тощо). З урахуванням цих даних вносяться певні коригування щодо відповідних груп пацієнтів.

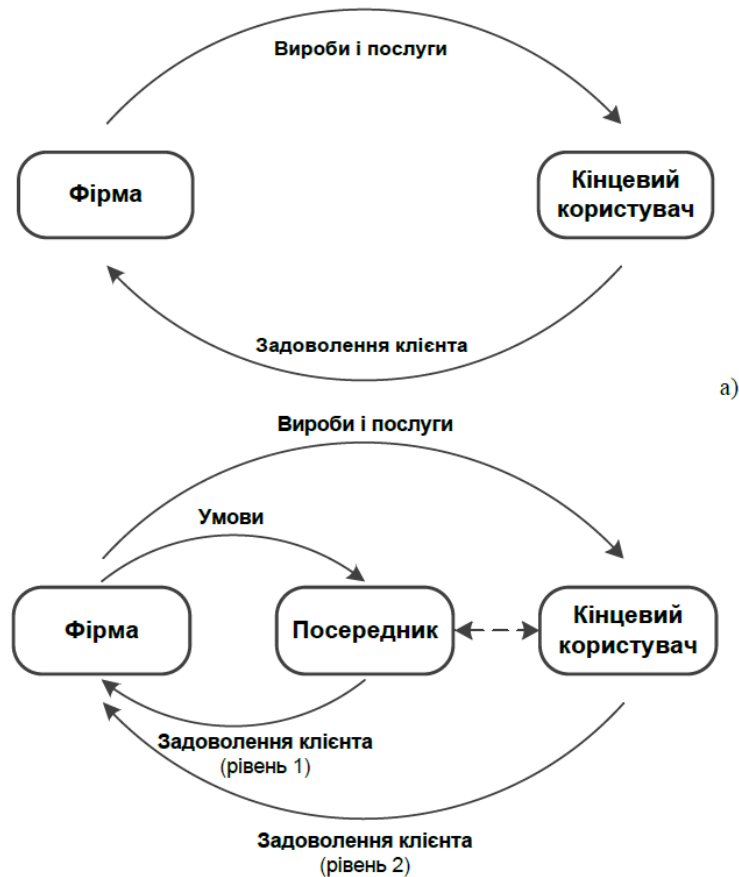


Рис. 3.2. Моделі задоволення потреб пацієнтів: а) звичайна; б) бінарна

Примітка. Наведено за [20, с. 14]

3. Визначення параметрів якості медичних послуг. Характерною рисою цього етапу є встановлення загальних параметрів із хворими. Це надзвичайно важливо, оскільки організації охорони здоров'я мають досить загальне уявлення про бажання та потреби своїх пацієнтів. Аналіз здійснюється шляхом формування психологами чи координаторами певних груп пацієнтів, які в результаті обговорення діють єдиних висновків щодо встановлення параметрів якості медичних послуг.

4. Дослідження конкурентів. Для цього необхідно час від часу проводити вибіркоче обстеження, обов'язковою вимогою якого є включення всіх медичних установ, що конкурують, різних сфер діяльності та форм власності. Під цим впливом аналіз задоволеності пацієнтів розширить початкові межі. Це у свою чергу ускладнить сам аналіз (причина – відсутність респондентів, здатних аналізувати діяльність як закладів охорони здоров'я, так і їх конкурентів).

5. Приклад анкети. На цьому етапі аналізу необхідно визначити

оптимальну кількість питань, яка б не обтяжувала людину, яка працюватиме з запропонованою анкетною. Загалом рекомендується не використовувати понад 30 питань. При проведенні опитування особа, яка його проводить, повинна викликати довіру у респондента. Від цього залежить кінцевий успіх п'ятого етапу аналізу.

6. Підсумкова сегментація хворих та визначення їх якісних типів. Метою аналізу є створення картки якості медичних послуг з урахуванням витрат. Карта якості ґрунтується на раніше визнаних теоретичних принципах. Зокрема, встановлено, що оптимальним варіантом якості є рівність значень кожного параметра (рис. 3.3).

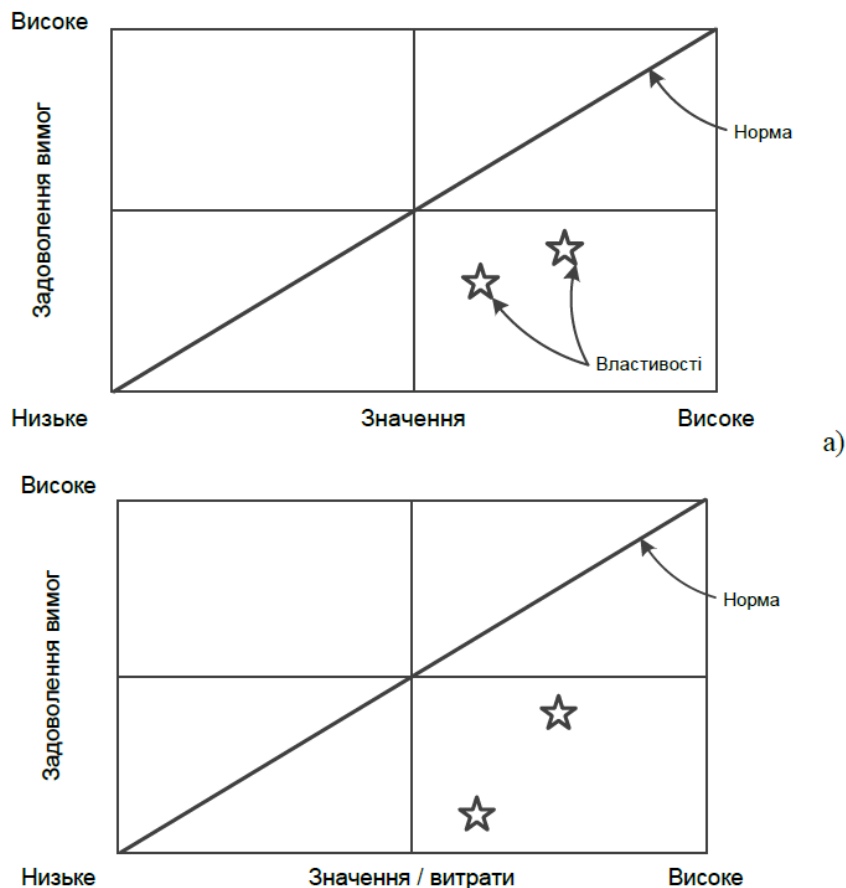


Рис. 3.3. Карта якості медичних послуг: а) звичайна; б) у відношенні до витрат

Примітка. Наведено за [20, с. 146]

7. Проведення SWOT- аналізу із застосуванням коригуючих дій, виявленням загроз (якщо значення велике, рівень задоволеності високий). Сильні

позиції виявляються у високій цінності та високій задоволеності пацієнтів. Ці слабкості та загрози повинні поступово перетворитися на сильні сторони.

Таким чином, пропонований нами покроковий комплексний аналіз вимірювання задоволеності пацієнтів не лише надасть інформацію про слабкі та сильні сторони медичного закладу з урахуванням рівня задоволеності його пацієнтів, а й допоможе у прогнозуванні різних варіантів. для розробки заходів у рамках чотирьох квадратів SWOT- аналізу , що підвищують конкурентоспроможність медичних установ. Це, у свою чергу, допоможе покращити керування якістю медичних послуг.

3.2. Телемедицина як пацієнт-орієнтований підхід надання медичних послуг

Відповідно до стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні, «електронна медицина» — це «діяльність з використання електронних інформаційних ресурсів у сфері охорони здоров'я та забезпечення швидкого доступу до них медичного персоналу та пацієнтів» [36] . Електронна медицина покликана забезпечити взаємодію пацієнтів, медичних працівників та установ із використанням інформаційно-комунікаційних технологій.

Основними напрямками діяльності у галузі розвитку електронної медицини є: впровадження автоматизованих систем обміну інформацією, які, зокрема, дозволяють перейти на ведення медичної документації в електронному вигляді; розвиток телемедицини; Поліпшити розвиток системи нагляду за здоров'ям населення; Розробка та впровадження нових комп'ютерних технологій для профілактики, діагностики та проведення лікувальних процесів; створення загальнодоступних електронних медичних ресурсів.

Перспективним напрямом розвитку електронної медицини є телемедицина (рис. 3.4).

Винаходу терміна "телемедицина" передувала поява терміну " телемедичне обладнання" (*телемедицина*). *Technique*) , який був запропонований в 1970 році вченими Р. Мерфі (*RL . Murphy*) і К. Бердом (*KT . Bird*) [60] і означає засіб телевізійного зв'язку, так зване двостороннє або

інтерактивне телебачення (двостороннє телебачення). Геть Телебачення , інтерактивне ТБ). У 1974 році Р. Марк (*RG . Mark*) опублікував роботу, в якій встановив принципи телемедицини як системи, що наближає високоспеціалізовану медичну допомогу до кожного будинку [59]. Сьогодні телемедицина ефективно працює у Великій Британії, США, Канаді, скандинавських країнах, Австралії, Новій Зеландії та Японії [64].

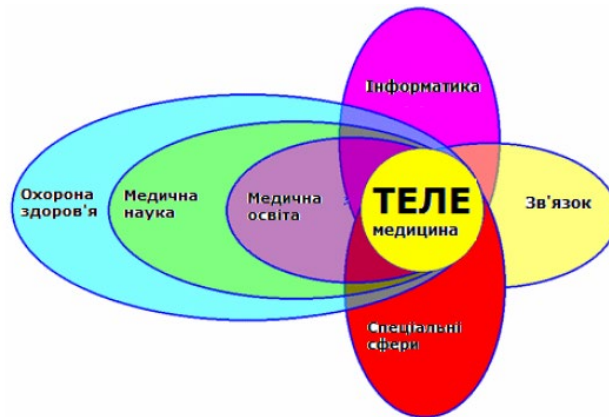


Рис. 3.4. Модель телемедицини

Примітка. Наведено за [22]

В Україні розвиток телемедицини розпочався у 2007 році зі створення «Державного клініко-науково-практичного центру телемедицини МОЗ України» — єдиного спеціалізованого закладу охорони здоров'я, завданням якого було впровадження та розвиток телемедицини в Україні. 38].

Вітчизняні вчені, які проводять дослідження у сфері охорони здоров'я, мають свої погляди на сутність та зміст поняття «телемедицина». Вивчення найпоширеніших визначень цього терміну дозволило систематизувати його на три основні групи: трактування «телемедицини» як самостійного напрямку медицини, як виду медичних послуг та як способу їх надання (табл. 3.2).).

З аналізу терміна «телемедицина», запропонованого різними авторами та організаціями, видно, що єдиного усталеного визначення йому нині немає.

Наукові підходи вітчизняних вчених до визначення поняття

«телемедицина»

Продовження таблиці 3.2.

Автор	Визначення
1	2
<i>як напрям медицини</i>	
Міністерство охорони здоров'я України	<i>Телемедицина</i> – це сучасний напрям розвитку інформатизації медицини, який передбачає використання сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій для дистанційної діагностики та лікування захворювань, надання допомоги в надзвичайних та екстрених ситуаціях, підвищення кваліфікації медичних працівників [44].
Владимирський А.В.	<i>Телемедицина</i> – це галузь медицини, що використовує телекомунікаційні й електронні інформаційні (комп'ютерні) технології для надання медичної допомоги й послуг у сфері охорони здоров'я в точці необхідності (у тих випадках, коли географічна відстань є критичним чинником) [4].
Злепко С.М., Новіков О.О., Азархов О.Ю.	<i>Телемедицина</i> – самостійний напрямок медицини, заснований на інноваційному підході, що поєднує в єдиній структурі медичні знання, апаратно-програмні засоби і цільову функцію, яка діє при підтримці інформаційного і телекомунікаційного забезпечення та здійснює дистанційну діагностику, лікування і моніторинг стану здоров'я людини безпосередньо за місцем її проживання [16].
<i>як медична послуга</i>	
Черемісіна В. В., Снісаренко П. І.	<i>Телемедицина</i> – це одна з медичних послуг для населення і для організацій, вона включає в себе не тільки просто консультацію, а ще й проведення конференцій та консилиумів, трансляції майстер-класів, хірургічних операцій, будь-які заходи, спрямовані на навчання та наукові розвідки [44, с. 137].
<i>як спосіб надання медичних послуг</i>	
Модельний закон про телемедичні послуги Проект Закону України «Про телемедицину»	<i>Телемедицина</i> – це комплекс організаційних, технологічних і фінансових заходів, що забезпечують діяльність системи надання дистанційної консультативної медичної послуги, при якій пацієнт або лікар, який безпосередньо проводить обстеження та/або лікування пацієнта, отримує дистанційну консультацію спеціаліста–лікаря з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій [21; 37].
Владимирський А.В.	<i>Телемедицина</i> – це комплекс організаційних, фінансових і технологічних та інших заходів, що забезпечують надання дистанційних медичних послуг з використанням електронного документообігу [4].
Панченко О. А., Лях Ю. Е., Антонов В. Г.	<i>Телемедицина</i> – це сукупність введених, «вбудованих» в медичні інформаційні системи принципово нових засобів та методів оброблення даних, що об'єднуються в цілісні технологічні системи, які забезпечують створення, передавання, зберігання та відображення інформаційного продукту (даних, знань) з найменшими витратами з метою проведення необхідних і достатніх лікувально-діагностичних заходів, а також навчання для всіх, що його потребують, в потрібному місці і в потрібний час [30].

Продовження таблиці 3.2

Дорофієнко В. В., Ларіна Р. Р., Владзимирський А. В., Балусьва О. В.	<i>Телемедицина – це інтегрована система надання медичної допомоги з використанням телекомунікацій і комп'ютерних технологій замість прямого контакту між лікарем та пацієнтом [8].</i>
Міжнародне товариство телемедицини	<i>Телемедицина – це використання електронних інформаційних та комунікаційних технологій в цілях забезпечення і підтримки охорони здоров'я у випадках, коли учасники знаходяться на відстані один від одного [58]</i>

Примітка. Узагальнено автором на основі [4; 16; 21; 37; 64]

Враховуючи існуючі розробки, ми вважаємо за доцільне запропонувати власне визначення терміна «телемедицина». Тому ми бачимо телемедицину як інструмент досягнення інклюзивності медицини, що дозволяє забезпечити рівний та своєчасний доступ до якісних медичних послуг усім людям, незалежно від стану їхнього здоров'я, місця проживання, національності, віросповідання тощо.

Основними завданнями телемедицини є: надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є визначальним фактором доставки; Дотримання лікарської таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта; створення єдиного медичного простору; сприяння підвищенню якості медичної допомоги та оптимізації організаційно-управлінських процесів у системі охорони здоров'я; Формування системних підходів до впровадження та подальшого розвитку телемедицини у системі охорони здоров'я.

Телемедицина не замінює лікаря і не є альтернативою, але є потужним інструментом, що підвищує ефективність медичної роботи і реалізує право кожного пацієнта на спеціалізовану медичну допомогу [18].

Володимирський А В_розрізняє домашню, індивідуальну та мобільну телемедицину. Домашня телемедицина – діагностичні та лікувальні пристрої та інші медичні технології та послуги, інтегровані за допомогою спеціального пристрою (монітора) та (або) домашнього ПК та призначені для постійного дистанційного медичного супроводу пацієнта в домашніх умовах; з індивідуальним наданням медичної допомоги, медичних та супутніх послуг у

цілодобовому режимі, постійною медичною підтримкою з використанням спеціалізованого індивідуального телекомунікаційного обладнання на момент необхідності; а під мобільною - область телемедицини, що об'єднує мобільні технології, медичні додатки, сервіси та пристрої, що збирають дані про здоров'я людини, що обробляють та обмінюються ними в режимі діалогу з лікарем і, з одного боку, призначені для діагностики. Лікування та ефективний догляд за хворим та, з іншого боку, контроль за дотриманням ним здорового способу життя [18].

Телемедицина реалізується за допомогою надання телемедичних послуг, у тому числі дистанційних медичних послуг з використанням телемедичного обладнання та засобів зв'язку, зокрема: дистанційних медичних консультацій, консиліумів, контролю фізіологічних параметрів організму пацієнта, проведення діагностичних та лікувальних маніпуляцій, обміну результатами огляду пацієнтів, а також медичні відеоконференції, медичні відеосемінари, медичні відеолекції, що здійснюються у формі обміну електронними повідомленнями за допомогою телекомунікацій. Види телемедичних послуг та його характеристики представлені у таблиці. 3.3.

Таблиця 3.3

Основні види телеметричних послуг

Вид послуг телемедицини	Сутність послуги
1	2
Телеконсультування	процес дистанційного обговорення конкретного клінічного випадку з метою підтримки в прийнятті якісного і оптимального клінічного рішення для надання невідкладної або планової медичної допомоги
Телеінструктаж	забезпечення фізичної особи (санітара, парамедика й т.д.) відео- й голосовим зв'язком з експертом для одержання рекомендацій з надання першої медичної допомоги
Телемоніторинг	тривале спостереження, оцінка й прогнозування перебігу патологічних процесів на основі даних постійної біотелеметрії, яка забезпечує дистанційне дослідження біологічних явищ і вимір біологічних показників
Телепатронаж	різновид медичного догляду, реалізований дистанційно, за допомогою телекомунікаційних і комп'ютерних технологій
Телехоспіс	забезпечення паліативної допомоги й гідного завершення життя в домашніх умовах шляхом застосування систем телемедицини
Телескринінг	дистанційне виявлення й формування груп ризику, профілактичні заходи
Телеприсутність	забезпечення повної дистанційної участі експерта в

Продовження таблиці 3.3

1	2
	лікувально-діагностичному процесі шляхом застосування роботизованих та інших телекомунікаційно-комп'ютерних засобів
Телеасистування (дистанційне маніпулювання)	дистанційний синхронний супровід медичних маніпуляцій або дистанційне керування лікувальною й діагностичною апаратурою
Телехірургія	виконання інвазивних маніпуляцій роботизованою системою, дистанційно керованої лікарем-хірургом
Теленаставництво (телементорство)	дистанційна взаємодія (безпосереднє керування діямп) між викладачем і учнем з метою надання допомоги в процесі навчання
Телемедичний консиліум	метод консультування на відстані, під час якого до процесу залучають одночасно кількох (двох або більше) фахівців-консультантів
Телесестринство	використання телемедичних систем для надання медсестринської допомоги й координованої роботи медсестер у тих випадках, коли фізична відстань є критичним чинником
Телереабілітація	комплекс реабілітаційних, асистувальних заходів і навчальних програм, які надаються пацієнтові дистанційно за допомогою телекомунікаційних і комп'ютерних технологій (переважно на амбулаторному етапі лікування)
Домашня (індивідуальна) телемедицина	цілодобове надання медичної допомоги, медичних і суміжних послуг, постійний медичний супровід за допомогою спеціалізованих індивідуальних телекомунікаційних пристроїв у точці необхідності
Телефармація	продаж фармацевтичних препаратів в Інтернеті та інших інформаційно-комунікаційні системах
Дистанційне навчання	різновид навчального процесу, при якому або викладач і аудиторія, або учень і джерело інформації розділені географічно

Примітка. Створено автором з урахуванням [22].

Для досягнення інклюзивності сфери охорони здоров'я елементи телемедицини (окремі процедури, системи тощо) мають бути впроваджені на всіх рівнях медико-санітарної допомоги, щоб забезпечити оперативну взаємодію, її безперервність, своєчасність та доступність.

Висновки до розділу 3

Пропонується впровадити в діяльність закладу охорони здоров'я пацієнтоорієнтовану модель надання медичних послуг, використовувати інструмент проектування медичних послуг, що включає процедури прийому, управління та бронювання місць у закладі охорони здоров'я, що досліджується.

Проектування медичних послуг у закладі охорони здоров'я має

здійснюватися з урахуванням їх функціонального та семіотичного аспектів. Особливо коли йдеться про функціональність медичних послуг, цей аспект характеризує їхню практичність. Насамперед, це стосується способу надання медичних послуг, визначення необхідного медичного обладнання та засобів, затвердження чисельності та штатного розкладу персоналу, визначення виду діагностики, вибору параметрів надання послуг та заходів безпеки. Семіотичний аспект визначає практичний вимір послуги та впливає на її рекламу.

Семіотичний аспект визначає практичний вимір послуги та впливає на її просування. Не слід забувати, що термін «медичне обслуговування» включає безліч компонентів, які враховують пацієнти, зокрема зовнішній вигляд лікарні та медичного персоналу, атмосферу установи, час очікування процедури і т. д. Тому ці елементи — це рекламні матеріали, про які знають не всі. Наприклад, тригодинне очікування консультації лікаря характеризує лікарню негативно, оскільки в цьому випадку час лікаря цінується у 60 разів більше, ніж час пацієнта.

Зазначено, що телемедицина є перспективним варіантом надання медичних послуг, основними завданнями якого є забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є визначальним чинником її надання; Дотримання лікарської таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта; створення єдиного медичного простору; сприяння підвищенню якості медичної допомоги та оптимізації організаційно-управлінських процесів у системі охорони здоров'я; Формування системних підходів до впровадження та подальшого розвитку телемедицини у системі охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження щодо організації надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я на прикладі Міської дитячої лікарні Тернопільської міської адміністрації дозволяє зробити такі висновки та внести пропозиції.

Вивчення поняття та типів закладів охорони здоров'я, розроблених різними вченими, дозволило запропонувати більш уточнене визначення поняття «установа охорони здоров'я», тобто. або через власну класифікацію професійної діяльності медичного (фармацевтичного) персоналу. Пропонується класифікувати заклади охорони здоров'я за такими ознаками: а) за підвідомчим органом; б) за організаційно-правовою формою; в) формою власності; г) на основі ліцензування господарської діяльності; д) на підставі проходження акредитації;

д) про можливість приватизації.

Дослідження медичної послуги як продукту медичного ринку показало, що медична послуга як продукт ринку істотно відрізняється від іншого продукту чи послуги. Поширений стереотип суджень про безкоштовність медичної допомоги та платність медичної послуги пов'язаний із соціальною природою медичних відносин, оскільки їх об'єктом є людина. Відділення виключно платних медичних послуг від безкоштовної медичної допомоги призводить до нерозуміння діяльності приватного медичного сектора.

КНП " ТМДКЛ " - некомерційна організація, що надає медичні послуги населенню Тернополя. КНП « ТМДКЛ » — лікувально-профілактичний заклад із підвідомчими структурними підрозділами, діяльність яких координується за єдиним планом та метою.

За підсумками кадрового аудиту КНП « ТМДКЛ» було зроблено такі висновки:

– КНП " ТМДКЛ " має досить високий кваліфікаційний рівень підготовки медичних фахівців. У 2020 році до цієї категорії належали 75,72% від загальної кількості медичних працівників, у 2021 році – 75,22%, у 2022 році – 74,56%. Відхилення 1,16% у 2022 році порівняно з 2020 роком пов'язане з прийомом на роботу молодих спеціалістів та звільненням працівників цієї

категорії;

– Серед медичних працівників 64,4% (2020 р.), 64,3% (2021 р.) та 64,2% (2022 р.) мають досвід роботи понад 10 років, що є позитивним моментом. Незначне зниження вищезгаданого показника за досліджуваний період пов'язане зі звільненням досвідчених співробітників;

– Розподіл співробітників за статтю показує дуже високу частку жінок – 94%. У всіх категоріях медичного персоналу жінок більше, ніж чоловіків. Найнижчий серед лікарів – 89%, а найвищий – серед молодшого медичного персоналу;

– У середньому 37% медичного персоналу мають стаж роботи понад 20 років, 17% мають найвищу кваліфікаційну категорію. За даними відділу кадрів, наймолодші медичні працівники – це медсестри (фельдшери), а найстарші – лікарі.

Загальна задоволеність пацієнтів якістю медичних послуг КНП « ТМДКЛ », що склала 0,8, та загальна задоволеність пацієнтів якістю медичних послуг з урахуванням вагових коефіцієнтів, що склала 0,89. Дані показники досить високі і свідчать про високий рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг, які вони отримали в досліджуваному закладі. У середньому чоловіки задоволені якістю медичних послуг, ніж жінки.

Виділено три групи факторів, що впливають на лояльність пацієнтів КНП " ТМДКЛ ": "Лікувально-діагностичний процес", "Етика та деонтологія медичного персоналу", "Сервіс закладу охорони здоров'я".

Було виявлено, що більшість критичних коментарів від пацієнтів досліджуваного медичного закладу пов'язані з послугою. Щоб знизити частку «критиків» в індексі NPS , необхідно системно вживати заходів щодо покращення якості обслуговування. Для «промоутерів» важливими аспектами досліджуваного закладу охорони здоров'я є якість медичних послуг, етика та професійна етика медичного персоналу. Тому робота з підвищення рівня лояльності повинна мати комплексний характер і включати поліпшення всіх складових цього рейтингу.

Пропонується впровадити в діяльність закладу охорони здоров'я

пацієнтоорієнтовану модель надання медичних послуг, використовувати інструмент проектування медичних послуг, що включає процедури прийому, управління та бронювання місць у закладі охорони здоров'я, що досліджується.

Проектування медичних послуг у закладі охорони здоров'я має здійснюватися з урахуванням їх функціонального та семіотичного аспектів. Особливо коли йдеться про функціональність медичних послуг, цей аспект характеризує їхню практичність. Насамперед, це стосується способу надання медичних послуг, визначення необхідного медичного обладнання та засобів, затвердження чисельності та штатного розкладу персоналу, визначення виду діагностики, вибору параметрів надання послуг та заходів безпеки. Семіотичний аспект визначає практичний вимір послуги та впливає на її рекламу.

Семіотичний аспект визначає практичний вимір послуги та впливає на її просування. Не слід забувати, що термін «медичне обслуговування» включає безліч компонентів, які враховують пацієнти, зокрема зовнішній вигляд лікарні та медичного персоналу, атмосферу установи, час очікування процедури і т. д. Тому ці елементи — це рекламні матеріали, про які знають не всі. Наприклад, тригодинне очікування консультації лікаря характеризує лікарню негативно, оскільки в цьому випадку час лікаря цінується у 60 разів більше, ніж час пацієнта.

Зазначено, що телемедицина є перспективним варіантом надання медичних послуг, основними завданнями якого є забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є визначальним чинником її надання; Дотримання лікарської таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта; створення єдиного медичного простору; сприяння підвищенню якості медичної допомоги та оптимізації організаційно-управлінських процесів у системі охорони здоров'я; Формування системних підходів до впровадження та подальшого розвитку телемедицини у системі охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артюхіна М., Кратт О. Сутність поняття «медична послуга» з позицій маркетингу. *Економічний аналіз*. 2012. Т. 10(2). С. 194-196.
2. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
3. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
4. Владзимирський А.В. Телемедицина в системі менеджменту та організації охорони здоров'я: навчальний посібник. Донецьк: ТОВ «Цифрова друкарня», 2012. 468 с.
5. Галузевий класифікатор «Довідник медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій». URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/12/2007_67_klasifikator_mp_xo.pdf
6. Гладун З.С. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу. *Право України*. 2003. № 6. С. 100-105.
7. Господарський кодекс України: Закон України від 16 січня 2003 р. №436-IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 18. Ст. 144.
8. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : монографія. Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балусєва ; за заг. ред. проф. В. В. Дорофійенко. Донецьк: ТОВ «Цифрова типографія», 2008. С. 20.
9. Енциклопедичний тлумачний словник фармацевтичних термінів: навчальний посібник / І.М. Перцев, Є.І. Світлична, О.А. Рубан та ін; за ред. проф. В.П. Черниха. Вінниця: Нова книга, 2014. 824 с.
10. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2019. № 1. С. 37-50.
11. Желюк Т., Мацик В. Медичний туризм, нові напрями та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2021. Вип. 26. С. 17-27.
12. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. *Регіональні*

аспекти розвитку продуктивних сил України. 2020. Вип. 25. С. 13-22.

13. Жуковська А. Кадровий аудит як інструмент комплексної оцінки ефективності кадрового менеджменту. *Наука молода : зб. наук. праць молод. вчених Терноп. нац. екон. ун-т. Тернопіль : Економічна думка, 2009. № 12. С. 21-27.*

14. Жуковська, А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка. 2020. № 3-4 (83). С. 19-30. URL: <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.02.007>*

15. Жуковська, А.Ю., Чигур, О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка. 2022. № 1 (90). С. 60-66. URL: <https://doi.org/10.37332/2309-1533.2022.1.8>*

16. Злепко С.М., Новиков А.А., Азархов О.Ю. Особливості термінології в сучасній медичній інформатиці та інженирії. *Биомедицинская инженерия и электроника. 2016. № 1. URL: biofbe.esrae.ru/207-1047*

17. Класифікація видів економічної діяльності (КВЕД). URL: <https://kved.biz.ua>

18. Короленко В.В., Божук Б.С., Мороз В.В., Божук О.А. Телемедицина, телепсихологія: перспективи розвитку в Україні. *Український науково-медичний молодіжний журнал. 2012. № 3. С. 26-29.*

19. Марова С.Ф., Вовк С.М. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток. 2017. № 4. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1056>*

20. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні: монографія. Тернопіль, Тайп, 2012. 199 с.

21. Модельний закон про телемедичні послуги, прийнятий на 35-му пленарному засіданні Міжпарламентської асамблеї держав-учасників СНД. Постанова № 35-7 від 28 жовтня 2010 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_n22

22. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н.

Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf

23. Мокрицька А. Сутність та класифікація медичних послуг як основа їх фінансування. *Світ фінансів*. 2013. Вип. 4. С. 115-120.

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

25. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. №2801-ХІІ. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. №4. Ст. 19.

26. Остапович В.М. Особливості адміністративно-правового статусу закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу постраждалим внаслідок чорнобильської катастрофи. *Правове регулювання економіки*. 2015. №15. С. 35-48.

27. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. №. 2. С. 64-82.

28. Пашков В.М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.04. «Господарське право, господарсько-процесуальне право». НЮАУ імені Ярослава Мудрого. Харків, 2010. 37 с.

29. Пашков В.М. Суб'єкти господарювання та заклади охорони здоров'я: співвідношення правового статусу під час впровадження діяльності. *Еженедельник Аптека*. 2006. №22 (543). URL: <http://www.apteka.ua/article/34385>.

30. Поворозник М.Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25-28.

31. Про бюро судово-медичної експертизи управлінь охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів та республіканське бюро (Автономної Республіки Крим): Положення Міністерства охорони здоров'я України від 17 січня 1995 р. №6.

32. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 2

березня 2016 р. №285. *Офіційний вісник України*. 2016. №30. Ст. 1184.

33. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 р. №385. *Офіційний вісник України*. 2002. №46. Ст. 211.

34. Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 8 травня 2018 р. №865. *Офіційний вісник України*. 2018. №53. Ст. 1872.

35. Про організацію служби судово-психіатричної експертизи: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 червня 2017 р. №722. *Офіційний веб-портал Міністерства охорони здоров'я України*. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20170629_722.html.

36. Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні : Розпорядження Кабінету Міністрів України № 386 від 15 травня 2013 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/386-2013-%D1%80>

37. Про телемедицину: Проект Закону України. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/view/JF7V800A?an=3>

38. Про утворення Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини МОЗ України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.05.2007 року № 269. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/71905_71905

39. Серeda O., Єрщов Д. Інноваційні підходи до удосконалення діяльності закладів охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 4 травня 2023 року, м. Тернопіль. С. 302-304.

40. Серeda O. Імплементация пацієнт-орієнтованої моделі в процес надання медичних послуг. Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: матеріали Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу, 24 листопада 2023 року, м. Тернопіль. С.

41. Симонян А.В. Господарсько-правовий статус суб'єкта медичної практики: дис. канд. юрид. наук: 12.00.04 «Господарське право, господарсько-процесуальне право». ДонНУ ім. Василя Стуса. Вінниця, 2017. 260 с.

42. Смотров, О. І. Договір щодо оплатного надання медичних послуг: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.03 «Цивільне право і цивільний процес; сімейне право; міжнародне приватне право». Харків, 2003. 18 с.

43. Статистика ринків: підруч. для вищ. навч. закл. ДАСОА Держкомстату України; за наук. ред. Н.О. Парфенцевої. К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агенство», 2007. 863 с.

44. Черемісіна В.В., Снісаренко П.І. Телемедицина та її роль у реформуванні системи охорони здоров'я. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Сер.: Техногенна безпека*. Т. 203. Вип. 191. 2012. С. 136-141.

45. Черненко Д.І. Статистичне оцінювання кон'юнктури ринку лабораторних медичних послуг в Україні: дис. канд. екон. наук: 08.00.10; Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна. Х., 2015. 302 с.

46. Шевченко В. А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2016. Вип. 6 (2). С. 9-13.

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

48. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збараський замок, 9 вересня 2021 року.) *Вісник економіки*. 2021. № 4. С. 225-233. <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/45703/1/%D0%A8%D0%BA%D1%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8F%D0%BA.PDF>

49. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159. URL:

<https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/27328/8/18smmpz.pdf>

50. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 64-69.

51. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2 (84). С. 22-30.

52. Шкробанець І. Д., Нечитайло Ю.М. Медичний менеджмент в умовах реформування систем охорони здоров'я. Україна. *Здоров'я нації*. 2013. № 2. С. 72-75.

53. Шутов М. М. Економіка та менеджмент охорони здоров'я: регіональний аспект. Харків: Основа, 2000. 365 с.

54. Шушпанов Д. Г. Доступність та якість медичної допомоги як детермінанти здоров'я населення. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2018. Вип. 23. С. 118-125. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33759/1/Шушпанов.pdf>

55. Щербаченко, Л. В. Особливості надання платних медичних послуг у сучасних умовах. *Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право)*. 2010. №1(48). С. 168-173.

56. American Diabetes Association et al. (2013). Economic costs of diabetes in the US in 2012. *Diabetes care*. Т. 36. №. 4. С. 1033-1046.

57. Dluhopolskyi, O., Zhukovska, A., Dluhopolska, T., Farion, A., Karp, I., Kryvokulska, N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budejovice, Czech Republic, June 5-6, 2019. pp. 346-349. URL: <https://doi.org/10.1109/ACITT.2019.8779933>

58. International society for telemedicine & ehealth (isfteh). URL: <https://www.isfteh.org/>

59. Mark R.G. Telemedicine system: the missing link between homes and hospitals? *Mod. Nurs. Home*. 1974. Vol. 32 (2). P. 39-42.

60. Murphy R.L., Barber D., Broadhurst A., Bird K.T. Microwave transmission of chest roentgenograms. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1970. Vol. 102 (5). P. 771-777.

61. Shushpanov, D., Zheliuk, T., Zhukovska, A., Diakovich, L., Matsyk, V., Kotsur, A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. pp. 259-664. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT52158.2021.9548634>

62. Zhukovska, A., Brechko, O., Zheliuk, T., Chyгур, O., Shushpanov, D., Nytko, O. Information System and Technologies in the Health Care Management. 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (26-28 September, 2022). Spišská Kapitula, Slovakia, 2022. pp. 249-254. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT54803.2022.9913132>

63. Zhukovska, A., Zheliuk, T., Shushpanov, D., Brych V., Brechko, O., Kryvokulska, N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT58437.2023.10275435>

64. Zundel K.M. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bull. Med. Libr. Assoc.* 1996. Vol. 84 (1). P. 71-79.