

**ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ
Кафедра кафедри менеджменту, фінансів, банківської справи та
страхування**

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему:

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Виконала:

студентка магістратури за
спеціальністю 073 Менеджмент за
заочною формою навчання

Наталія Василівна НАГЛІЙ

Науковий керівник:

доцент кафедри менеджменту, фінансів,
банківської справи та страхування,
к.е.н., доцент

Андрій Валерійович КОРЮГІН

Рецензент: _____

Хмельницький – 2020 р.

АНОТАЦІЯ

Наглій Н.В. – Управління якістю медичних послуг закладом охорони здоров'я.

Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 073 Менеджмент.

Забезпечення якості в організації планується, створюється і постійно підтримується на кожному етапі процесу лікування. Такий підхід відповідає концепції системного управління якістю та передбачає планомірну і постійну діяльність, спрямовану на вдосконалення процесів, в яких якість підтримується на кожному етапі надання медичної допомоги. Водночас контроль та оцінювання якості медичної допомоги є лише окремими ланками в комплексі багатьох елементів системи управління якістю.

Зокрема, у першому розділі магістерської роботи визначено сутність та основні складові системи управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я. Також розкрито методичний інструментарій та стандарти оцінки якості медичних послуг.

Поряд з цим, у другому розділі проведено аналіз основних техніко-економічних показників розвитку закладу охорони здоров'я. Також проведено оцінку складових системи управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Зі свого боку, у третьому розділі роботи з метою обґрунтування можливостей підвищення ефективності управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я було визначено концептуальні аспекти підвищення ефективності управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я, а також розроблені інструменти організації підвищення якості невідкладної допомоги дітям.

Ключові терміни: якість, управління якістю, система управління якістю, стандарти управління якістю, охорона здоров'я, медичні послуги.

SUMMARY

Nagliy

N.V.

-

Management of the quality of medical services by the healthcare institution.

Master's Degree Program for Master's Degree in specialty

281

Public management and administration.

Quality assurance in the organization is planned, created and constantly maintained at each stage of the treatment process.

This approach is in line with the concept of systemic quality management and involves systematic and continuous activities aimed at improving the processes in which quality is maintained at each stage of healthcare.

At the same time,

quality control and evaluation of medical care are only separate parts of

a

complex of many elements of the quality management system.

In particular,

the first section of the master's thesis identifies the essence and main components of the quality management system of medical services of the healthcare institution.

Methodical tools and standards for assessing the quality of medical services are also disclosed.

In addition,

the second section analyzes the main technical and economic indicators of the development of the healthcare institution.

The components of the healthcare quality management system of the healthcare institution were also evaluated.

For its part,

in the third section of the work in order to substantiate the possibilities of improving the quality of healthcare in healthcare,

the conceptual aspects of improving the quality of healthcare in healthcare,

as well as tools to improve the quality of emergency care for children.

Key terms: quality, quality management, quality management system, quality management standards, healthcare, medical services.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1. Сутність та основні складові системи управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я	7
1.2. Методичний інструментарій оцінки якості медичних послуг	16
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКА МІСЬКА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ».....	31
2.1. Аналіз основних техніко-економічних показників розвитку закладу охорони здоров'я.....	31
2.2. Оцінка складових системи управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я	39
РОЗДІЛ 3. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	52
3.1. Концептуальні аспекти підвищення ефективності управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я.....	52
3.2. Інструменти організації підвищення якості невідкладної допомоги дітям	62
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	73

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У сучасних умовах розвитку охорони здоров'я створення системи управління якістю (СУЯ) в організаціях із надання медичної допомоги є основою забезпечення ефективності сучасної медицини. В Україні, як і в усіх розвинених країнах, якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я від нижньої її ланки – лікувально-профілактичного закладу – до верхньої. Поліпшення якості медичної допомоги в Україні є однією з найактуальніших проблем, про що зазначено в Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Забезпечення якості під час надання медичної допомоги в більшості країн розглядається як основа національної політики у сфері охорони здоров'я

Значний внесок у розробку теорії та методології управління якістю, у тому числі, медичних послуг, зробили вітчизняні та зарубіжні дослідники: Грішин В. [23], Мачуга Н. [32-33], Надюк З. [35], Купріна А. [42] та інші.

Але питання пошуку прикладних інструментів підвищення ефективності управління якістю медичних послуг повинно завжди бути у полі зору науковців та практиків. Саме це зумовило вибір теми і цільову спрямованість магістерського дослідження.

Мета й завдання дослідження. *Метою* магістерської роботи є обґрунтування теоретичних основ, що розкривають сутність якості медичних послуг, особливості управління якістю медичних послуг та розробка рекомендацій щодо підвищення ефективності управління якістю медичних послуг. Досягнення поставленої мети обумовило необхідність вирішення таких завдань:

- розкрити сутність та основні складові системи управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я;
- узагальнити методичний інструментарій оцінки якості медичних послуг;

- провести аналіз основних техніко-економічних показників розвитку закладу охорони здоров'я;
- здійснити оцінку складових системи управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я;
- визначити концептуальні аспекти підвищення ефективності управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я;
- обґрунтувати інструменти організації підвищення якості невідкладної допомоги дітям.

Об'єктом дослідження є процеси управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження - теоретичні та прикладні аспекти управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Інформаційною базою дослідження виступають офіційні статистичні дані Державної служби статистики України, нормативно-правові акти, наукові публікації вітчизняних та зарубіжних авторів тощо.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених у магістерському дослідженні завдань використовувалися сучасні методи досліджень, зокрема порівняльний аналіз (при вивченні міжнародних та національних стандартів якості медичних послуг), статистичний, економіко-математичний методи (для аналізу та виявлення тенденцій розвитку КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»), структурно-логічний метод(для визначення перспективних напрямів розвитку управління якістю надання медичних послуг закладів охорони здоров'я) та ін.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання теоретичних і практичних узагальнень та висновків магістерської роботи для підвищення якості надання медичних послуг закладів охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та основні складові системи управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я

Термін "якість" має тривалу та багату історію та вивчалася ще давньогрецькими філософами (табл.1.1). Етимологічно поняття "якості" походить від латинського "qualitas", запровадженого ще Цицероном для опису властивостей предметів. Це слово увійшло до сучасних європейських мов як qualità (італійська), français - qualité, німецька – qualität, англійська – quality.

Таблиця 1.1 – Наукові бачення на поняття «якість»

Автор	Авторське бачення якості
Платон [36]	ступінь досягнутої через предмет досконалості
Арістотель[19]	сукупність певних ознак, що відрізняють один предмет від іншого
Г. Гегель [22]	тотожність якості буттю, що при її втраті буття перестає бути тим, чим воно є
Дж. Юран[12]	ступінь, у якому певний виріб (послуга) задовольняє потреби окремо взятого консумента та ступінь відповідності виробу встановленій моделі чи вимогам, вказівкам покупця виробу (послуги)
Ван Еттінгер [16]	ступінь, у якому виріб задовольняє поставлені до нього вимоги для виконання свого кінцевого призначення
Фейгенбауман [7]	кумулятивна характеристика продуктів і послуг, включаючи маркетинг, проектування, реалізацію і технічне обслуговування
П. Кросбі[2]	відповідність специфіці, однак не як добрий продукт
Е. Скшипек[15]	спосіб мислення, котрий спричиняє безперервні пошуки найкращого розв'язання та їх застосування

Примітка. Складено автором.

Промислова революція спричинила істотні зміни у процес сприйняття "якості". Промислова продукція змінила ремісничу, що разом із розвитком міжнародної торгівлі дало змогу відкривати нові ринки збуту. Великий товарообіг ґрунтувався на виробництві дешевих товарів, котрі добре продавалися. Характерними ознаками таких товарів була низька якість.

Подібна ситуація тривала недовго, оскільки в умовах конкуренції свідомі клієнти мали можливість вибору та робили свої ставки в першу чергу на якість продукції. У цей же період почали з'являтися об'єднання на зразок "товариств захисту прав споживачів". Такий розвиток подій спонукав продуцентів звернути увагу на якість випущеної ними продукції чи наданих послуг. Поступово виникали методи оцінки якості.

На першому етапі це були кількісні методи, котрі ставали основою для статистичного контролю якості. Їх суть зводилася до детального контролю за виробом чи послугою на всіх стадіях життєвого циклу. Практичне застосування згаданих методів показало, що після досягнення певного рівня якості продукції чи послуг їх не вдавалося вдосконалити таким чином, щоб кількість суттєво зростала та приносила прибутки. Революційним переворотом у процедурах оцінки якості став новий підхід до якості як філософії життя та елементу організаційної культури. Це стало можливим завдяки розробці відповідної концепції американських науковців Вільяма Е. Демінга та Джозефа М. Юрана. Остання дістала широке застосування в Японії (1950-1955 рр.), стрімко розвивалася і почала застосовуватися щоразу у нових сферах суспільної активності. Творець спіралі якості, Дж. Юран, пропонував низку визначень якості, що взаємодоповнюються. Зокрема йдеться про ступінь, в якому певний виріб (послуга) задовольняє потреби окремо взятого консумента, та ступінь відповідності виробу встановленій моделі чи вимогам, вказівкам покупця виробу (послуги) [12].

«Економічний підхід до якості вимагає погляду на якість з точки зору її службових функцій щодо споживача. Лише тоді ми можемо спостерігати за величиною втрат на якість, які безпосередньо здійснює консумент і, мало того, ціле суспільство» – вважає Т. Вавак [17]. Науковці на чолі з Е. Скіпек вважають, що «якість – це спосіб мислення, котрий спричиняє безперервні пошуки найкращого розв'язання та їх застосування» [15]. У цілому зауважимо, що не дивлячись на відсутність однаковості науковців у розумінні поняття «якість», зрозуміло одне, - ця категорія є суб'єктивною.

Разом з тим, якість є змістовним поняттям, тому її важко виміряти. В теорії дефініювання якості можна поділити на три групи:

- якість як ознака виробу;
- якість як ступінь відповідності очікуванням клієнтів;
- якість як те, що може бути виправлене чи покращене.

Якість є підґрунтям функціонування ринкової економіки. Від неї бере початок розвиток таких категорій, як: конкуренція, інновації, еластичність або ж реагування на змінні потреби споживачів. В умовах ринкової економіки дещо складніше доводиться галузям соціальної сфери, зокрема охороні здоров'я, де проблема якості медичних послуг комплексна та багатоаспектна. У світлі рівнодійна та вищевказаних визначень якість медичних послуг розглядається як результуюча трьох компонентів: якість проекту, відповідність проекту очікуванням пацієнтів, якість виконання [1].

Е. Демінг стверджував: "Кожен знає свого клієнта, а коли не знає, ким є його клієнт, його очікування... то не розуміє своєї праці" [3]. Висока якість медичних послуг, як, зрештою, будь-якої промислової чи продовольчої продукції, повинна бути пріоритетним для медичних закладів (виробників). Оскільки медична послуга – це специфічний продукт, який складно інтерпретувати або ж порівняти з іншими видами послуг, виникає проблема способу досягнення та утримання рівня високої якості. На сьогоднішній день пацієнти стикаються з неефективним лікуванням, що свідчить про низькоякісне функціонування медичної галузі в Україні 10 загалом. У світовій же практиці пріоритетом є не просто ефективне лікування хворих, а завойовування пацієнта як зовнішнього клієнта. Збільшення кількості медичних закладів в Україні не призводить до появи здорової ринкової конкуренції та можливості вибору медичного закладу.

У світі тенденція є зворотною, що свідчить про прагнення досягнути максимального рівня якості послуг. З огляду на не типовість, специфіку ринку, медичні заклади повинні докладати особливих зусиль, щоб залучати споживачів та їх утримувати. На відміну промисловим структурам,

щоможуть запропонувати споживачам товар високої якості через представлені взірці, заклади охорони здоров'я мають можливість встановлювати такі відносини з пацієнтами, які засновані на довірі та організаційному іміджі. У медичних закладах як і в усіх інших підприємствах сфери послуг, ключову роль відіграють зовнішні клієнти чи, точніше кажучи, пацієнти.

Відповідно до декларацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, пацієнтом є кожна особа, що користується медичними послугами незалежно від того, хвора вона чи здорова [18]. Високий рівень якості медичних послуг досягається завдяки розумінню та задоволенню вимог пацієнтів. На сьогоднішній день цей погляд відкрито ігнорується в сучасній системі охорони здоров'я України. Мірою якості виступає ступінь задоволення реальних потреб клієнта.

Для досягнення цієї мети необхідно визначити:

- ким є і буде наш потенційний клієнт;
- наявні та майбутні сподівання (вимоги) клієнта;
- конкуренція на ринку медичних послуг та їх позиція на ринку;
- як можна задовольнити вимоги пацієнтів – з чим пов'язана конкурентна перевага в цій галузі діяльності.

Під поняттям "якість медичних послуг" необхідно розуміти загальні характеристики та умови функціонування медичної галузі, здатність задоволення потреб хворих. Таке визначення поєднує два підходи, що трактують якість як сукупність характеристик, з одного боку, чи ступінь, у якому послуга задовольняє свої функції – з іншого. Формування якості є необхідною умовою на початках функціонування ринку медичних послуг. Визначення рівня якості повинне відбуватися поетапно.

На першому етапі відбувається опрацювання характеристик медичних послуг та рівня встановлених вимог окремими групами споживачів. Другий етап передбачає оцінку наданих послуг. У цей період аналізуються планові показники, порівнюються із фактичними, особлива увага приділяється оцінці

відхилень та їх причин. На заключному, третьому етапі відбувається порівняння рівня якості послуг (збільшення чи зменшення).

Заслуговує також на увагу дефінювання якості медичних послуг запропоноване Всесвітньої організації здоров'я (WHO), де якість визначається як результат (так звана технічна якість) способу вживання засобів (економічна ефективність), організації надання послуг та сатисфакції пацієнтів [18]. Згідно з визначенням Об'єднаної комісії з акредитацій організацій охорони здоров'я, «добра якість – це максимально сприятливий результат при мінімальних негативах» [11].

Таким чином, у сфері охорони здоров'я якість радше є поняттям психологічним чи соціологічним, аніж матеріальним. Сама по собі модель якості медичних послуг є змінною. Пацієнти очікують задоволення їхніх потреб у часі лікування, однак тут варто взяти до уваги важливу особливість. Мова йде про динамічність вимог чи очікувань хворих з роками. Саме тому необхідно передбачити потреби пацієнтів у майбутньому, з урахуванням аналізу попередніх та теперішніх матеріалів. При цьому слід врахувати і факт старіння суспільства.

У теорії немає одностайної думки щодо функціонування маркетингової сфери в медичних послугах. Варто зауважити, що маркетинг може застосовуватися лише тоді, коли мова йде про продаж, але також і у випадку надання медичних послуг з точки зору консумента. Власне, йдеться про дослідження потреб пацієнтів, їх очікувань та максимальну адаптацію до них. Успіх указаної маркетингової сфери полягатиме у детальній розробці алгоритму проведення відповідної маркетингової діяльності та створення якості (рис. 1.1).

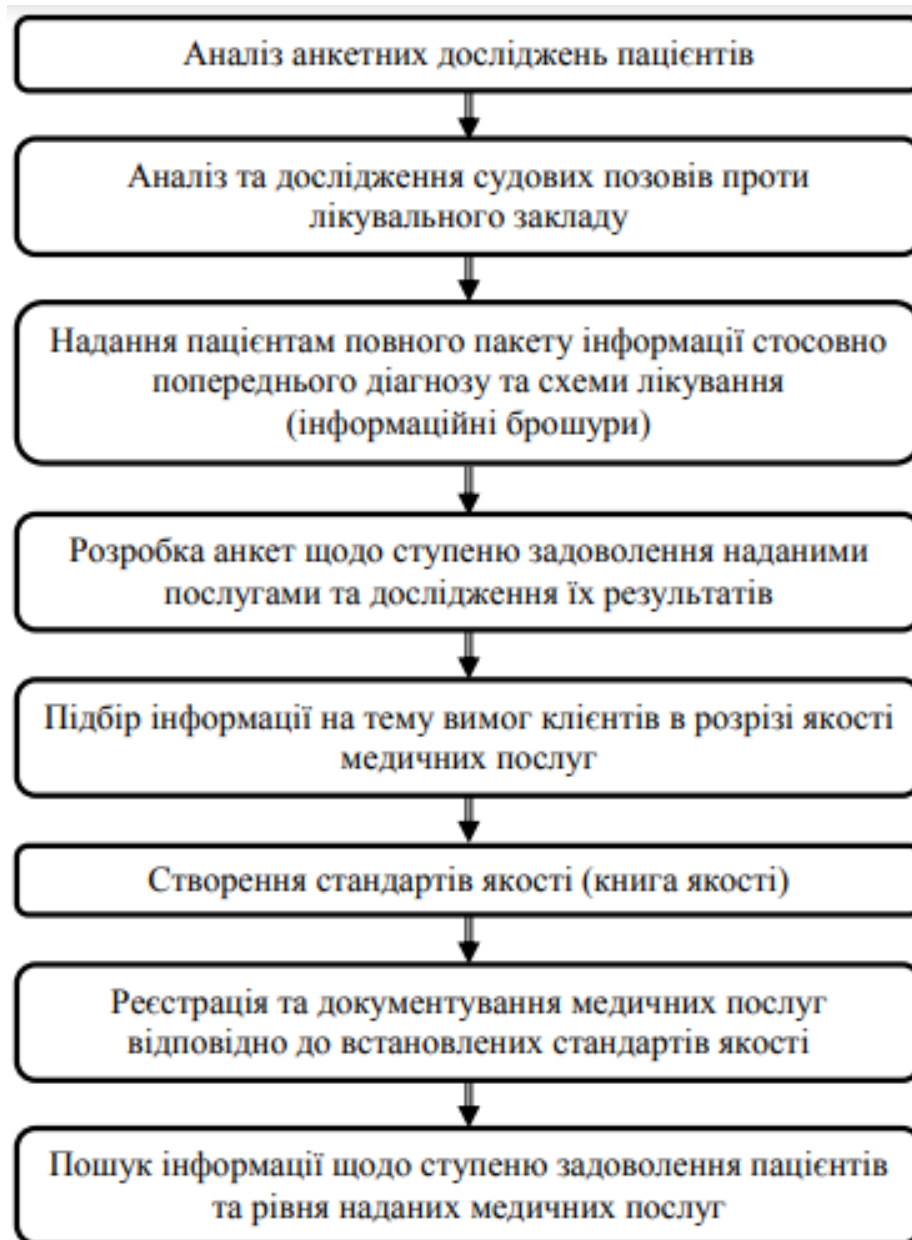


Рис. 1.1. Етапи маркетингової діяльності та створення якості

Джерело: [32, с.102-103].

Процес дослідження зазначеної проблематики більш складний для сфери послуг (зокрема медицини), ніж для сфери виробництва. Причина криється у характерних рисах якості.

До характерних рис якості можна віднести:

- нематеріальність;
- неподільність;
- нездатність збереження;
- змінність;

- неможливість перепродажу;
- асиметрія інформації;
- непевність і ризик.

Пацієнти отримують медичні послуги, які не мають матеріальної основи, не залежно від їхнього обсягу. Варто зазначити їх нематеріальну сутність. Особливість медичної галузі полягає у важливості кінцевого ефекту. Тому навіть при відсутності матеріальної основи ефект буде досягнуто. Останній проявляється в одужанні пацієнтів, ступінь якого залежить від складності хвороби та вчасного звернення за медичною допомогою. Загалом, результатом буде здоров'я людей.

Надання медичних послуг безпосередньо пов'язане із непевністю і ризиком. Вони тісно пов'язані з обраною методикою лікування, його тривалістю та дотриманням з боку пацієнтів рекомендацій медичних працівників. Також якість медичного обслуговування включає в себе:

- доступність (безперешкодне отримання медичної допомоги, незважаючи на наявні фінансові, організаційні та інші труднощі);
- повну поінформованість (про стан здоров'я, опції лікування, дію ліків); – медико-санітарну освіту (можливість набуття пацієнтами навичок самопомоги та розпізнання симптомів, що потребують допомоги ззовні);
- комунікацію серед лікарів і медичних сестер, повагу до клієнта, координацію дій упродовж усього періоду лікування; – сатисфакцію пацієнта (вищий чи майже рівний ступінь акцептування отриманої медичної допомоги в конфронтації з очікуваннями).

Мірником якості з погляду пацієнта є доступність послуг, що включають:

- можливість реєстрації за телефоном на зручну годину та за кілька днів наперед, а також короткий час очікування на реєстрацію і прийом;
- можливість вибору лікаря та виклику його додому;
- широкий спектр лабораторних досліджень та спеціальних послуг;

- приязна атмосфера та чистота як у приймальному відділенні медичного закладу, так і в усіх решта відділеннях;
- доступ до телефону-автомату;
- зручна локалізація приймального відділення та наявність паркінгу;
- належне трактування медичними працівниками своїх пацієнтів [28].

Якість медичних послуг залежить від багатьох чинників. Крім зовнішніх чинників, на які лікувальний заклад має обмежений вплив, існують ще внутрішні чинники, що відіграють істотну роль у вказаному процесі. Серед них суттєвим є проякісне мислення керівництва та працівників, що закорінене в проякісну філософію розвитку організації сектору охорони здоров'я, думки про пацієнта, а також сприятливий клімат у медичному колективі для надання якісних послуг. Однак не лише внутрішні і зовнішні чинники мають вирішальний вплив на якість медичних послуг (рис. 1.2).

На рис. 1.2 проілюстрована сукупність узагальнюючих чинників, що складають їх третю групу (разом із зовнішніми та внутрішніми). Мова йде про кваліфікацію медичного персоналу. У цьому зв'язку має місце дві обставини. По-перше, кваліфікація здобувається у вищих закладах країни, інакше кажучи, видаючи випускникам дипломи медиків, держава гарантує їх рівень підготовки та несе відповідальність за достовірність даної кваліфікації. По-друге, працюючи безпосередньо в медичному закладі працівники зобов'язані стежити за постійним підвищенням власної кваліфікації. Остання включає в себе як проходження курсів підвищення фахового рівня, так і психологічних тренінгів для кращої комунікації з хворими та розвитку вміння донести в потрібній формі інформацію до конкретного пацієнта без нанесення йому психологічних травм. Зовнішні чинники представлені на рисунку трьома елементами: інституційне та технічне забезпечення, стандартизація медицини. Проаналізуємо докладніше перші два фактори.

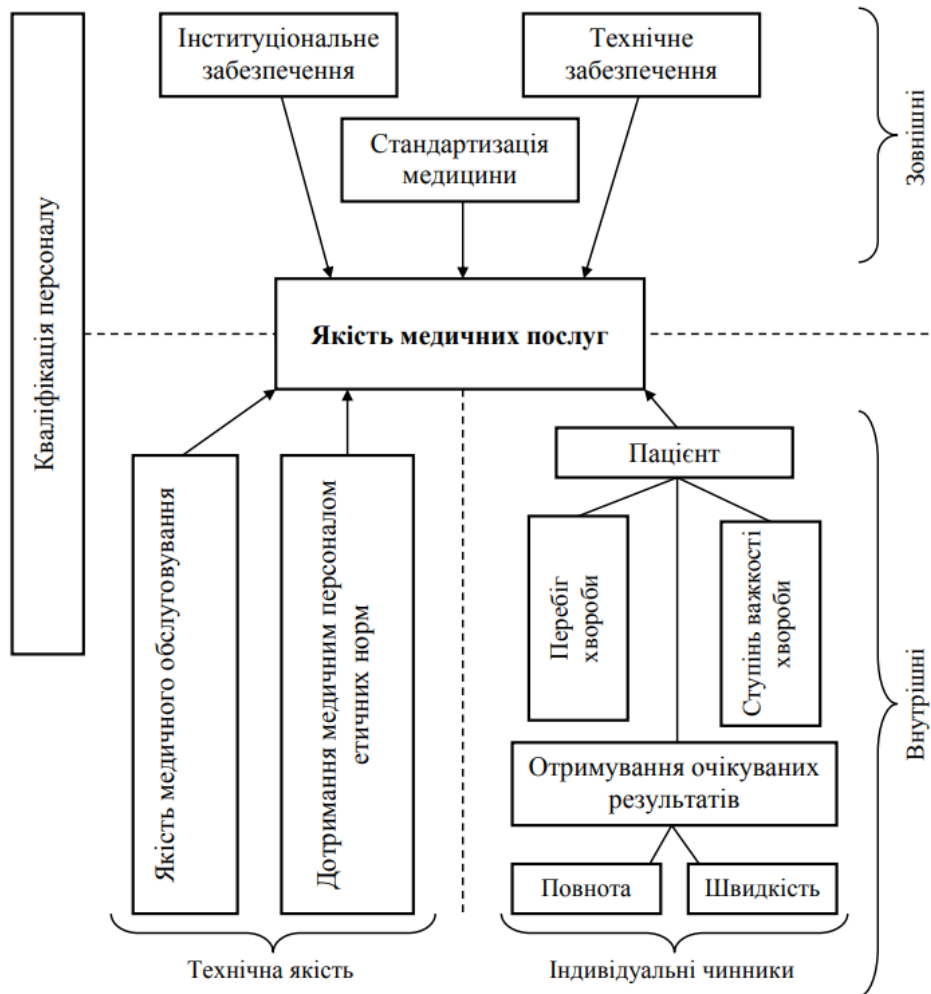


Рисунок 1.2 – Чинники, що впливають на якість медичних послуг

Джерело: [33, с.202].

Інституційне забезпечення нагально потребує неминучого реформування, оскільки теперішнє носить застарілий декларативний характер. Зокрема вилучення поняття "безкоштовна медицина" потребує приведення у відповідність всієї законодавчої бази, однак кардинальні зміни неможливі без докорінного реформування наявної системи охорони здоров'я загалом.

Технічне забезпечення медичної галузі на сьогоднішній день є одним із обмежуваних факторів розвитку медицини. В жодній системі неможливо задовольнити всі потреби або ж фінансувати всі медичні технології, однак відсутність обґрунтованого забезпечення ставить під загрозу ефективне функціонування цілої галузі охорони здоров'я.

1.2. Методичний інструментарій оцінки якості медичних послуг

Основою повноцінного функціонування медичних закладів є усвідомлення керівництвом та їх працівниками суті та ставлення до процесу управління якістю. Вагома роль при цьому належить цілям та завданням, сформульованих і представлених керівництвом лікувальних закладів. Розгляд процесу управління якістю варто розпочати із його засад, котрі самі по собі унеможливають пошук виходів та розв'язків із певних ситуацій. А. Хамрол і В. Мантура вважають, що причини цього криються в еволюційному розвитку засад, що характеризують підхід до проблеми якості на підприємстві (рис. 1.3) [8]. Аналогічний підхід можна використати при розгляді проблематики якості медичних закладів.

	Традиційний підхід	Сучасний підхід
Мета діяльності лікувальних закладів	Виконання плану надання медичних послуг у межах кошторису лікувального закладу	Реагування на потреби ринку медичних послуг
Критерії оцінки	Дотримання інструкцій щодо методики лікування (дозволена норма відхилень)	Ступінь задоволення пацієнтів Обсяг видатків на якість Довіра пацієнтів Мінімізація людських помилок
Форма взаємодії	Контрольна інспекція	Самоконтроль Контроль якості наданих медичних послуг
Відповідальність за якість послуг	Не чітко описана	Передбачається для кожного медичного працівника відповідно до його становища

Рисунок 1.3 – Еволюція засад, що характеризують підходи до проблематики якості на підприємстві

Джерело: [33, с.202; 8].

Оцінку якості наданих медичних послуг необхідно здійснювати поетапно (рис. 1.3).

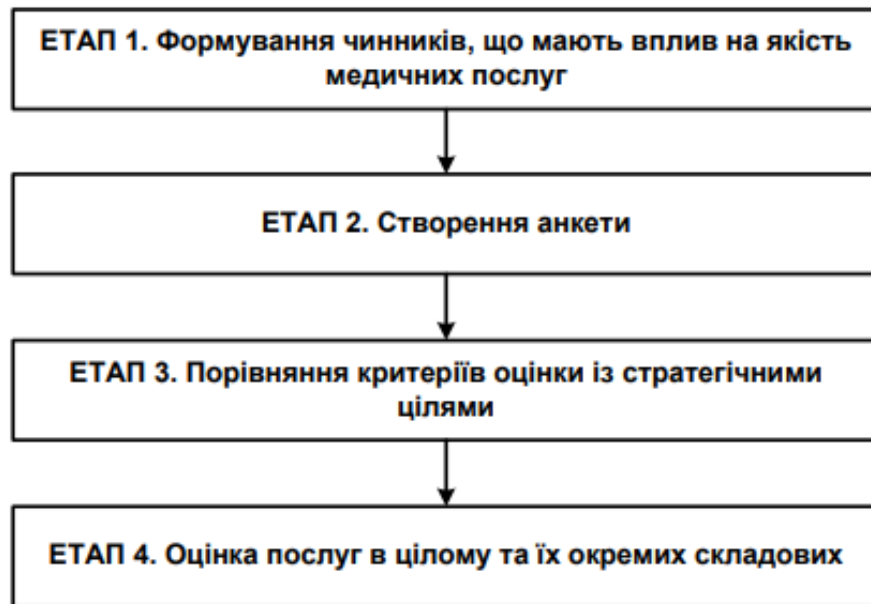


Рисунок 1.3 – Послідовність оцінювання якості наданих медичних послуг за методикою MS

Джерело: [33, с.203; 8].

Перш за все, варто розпочати із розгляду чинників, які мають вагомий вплив на якість наданих послуг. Важливим аспектом вирішення висунутого завдання є виявлення потреб та очікувань клієнтів шляхом отримання інформації безпосередньо від осіб, котрі користуються медичними послугами. Проте варто зауважити, що важлива роль при створенні критеріїв якості повинна бути відведена і самим медичним працівникам.

Другим етапом є створення анкети, яка б включала запитання, що розкривають очікування пацієнтів та дають змогу спрогнозувати їхні дії. Саме тому при створенні такого документу необхідно дотримуватися відповідної логіки викладу. Анкета має ґрунтуватися на стандартах щодо надання того чи іншого виду медичних послуг, відтак особи, котрі її заповнюють, підтверджують або спростовують відповідність встановленим нормам.

Наступним етапом, що остаточно зіставляє критерії оцінки, є їх порівняння зі стратегічними цілями, задекларованими самими лікувальними закладами.

Останній етап полягає в описі ситуації, що оцінюється певною кількістю балів. На практиці застосовують два види – оцінка послуги в цілому та оцінка окремих складників послуги [6].

У першому випадку оцінюється послуга в цілому (найчастіше за шкалою від 1 до 10 балів), а запитання сформульовані таким чином, що сприяють формуванню позитивної оцінки пацієнтами. Інший спосіб передбачає кращу оцінку, оскільки конкретним діям вже надані певні бали, які підлягають ранжуванню. Легшим і більш об'єктивним являється самоаналіз (інтерв'юер не оцінює операції, а лише стверджує, якою вона була), при цьому сама програма виглядає більш гнучкою.

У випадку зміни ситуації на ринку медичних послуг, цілей вибраних методів дослідження та оцінки якості послуг програми чи політики лікувальних закладів, доречно акцентувати увагу на аспектах, що мають вплив на якість послуг із врахуванням їх ранжування. Ретельно спланована та здійснена програма MS має низку переваг, які відрізняють її від інших методів дослідження якості. Вона допомагає сформувати підстави для скарг клієнтів (виправдані чи не виправдані), використовується для покращення наявної стратегії та, перш за все, дозволяє виявити ризик погіршення якості [9]. Усі відомі в світовій практиці інструменти управління якістю можна представити трьома блоками (рис. 1.4).

Блок-схема знайшла початкове застосування в інформатиці з метою створення алгоритмів комп'ютерних програм, а також застосування у теорії процесів та інженерії якості. При контролі якості використовується для представлення зв'язків між складовими елементами забезпечення якості. Основними ознаками блок-схеми виступають: – простота побудови; – можливий процес запису із використанням обраної мови програмування; – зручна форма контролю виправлення алгоритму [13].

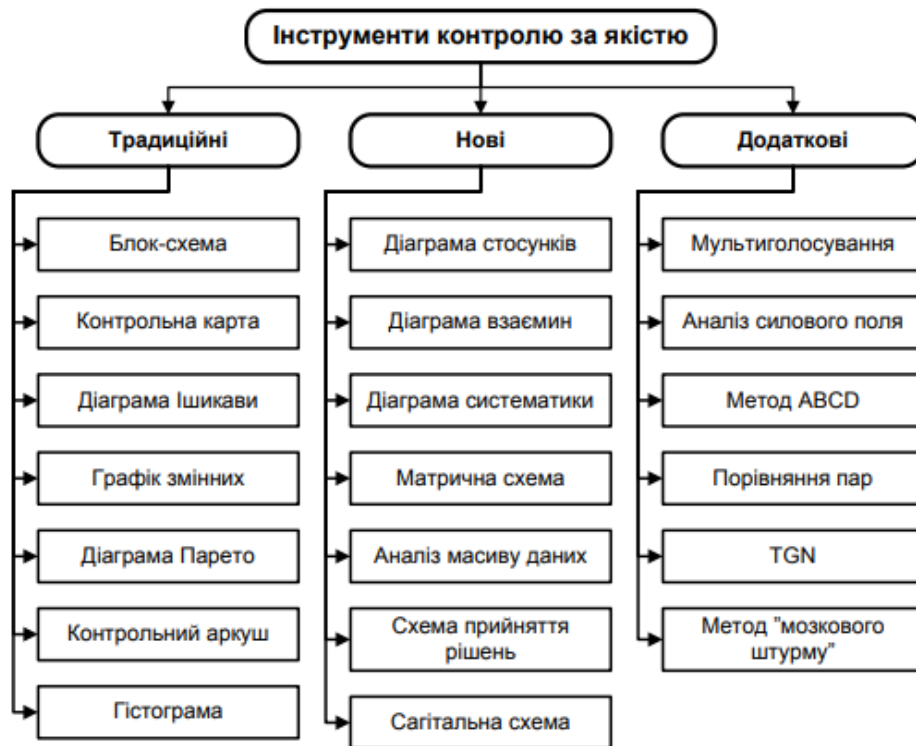


Рисунок 1.4 – Інструменти контролю за якістю

Джерело: [33, с.202].

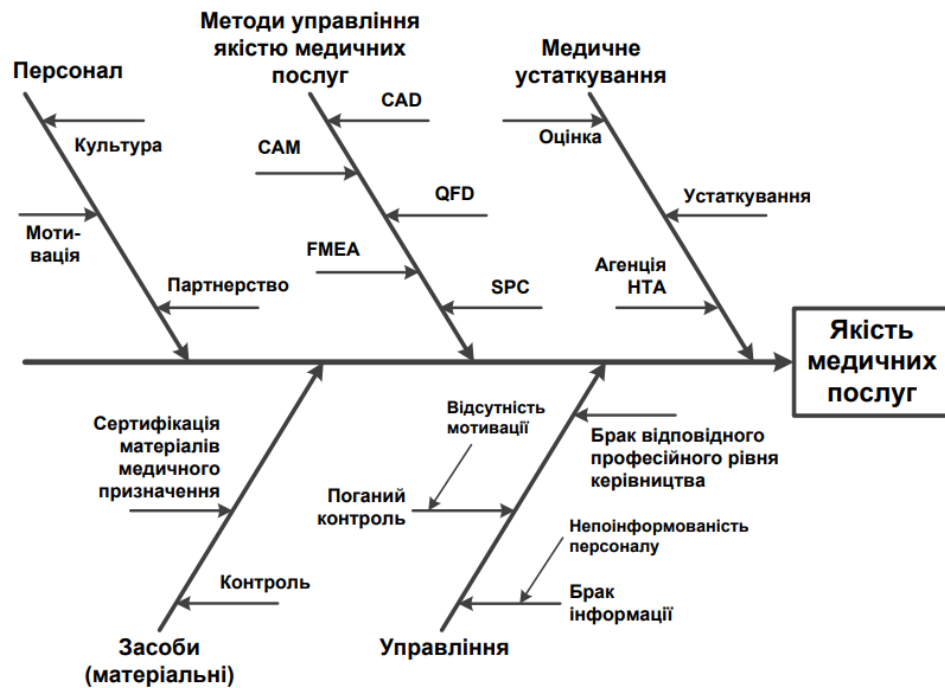
Завдання блок-схеми полягає у: встановленні відповідності окремих кроків логічному перебігу процесу; виявленні слабких сторін процесу та комунікаційних помилок; встановленні та виокремленні типових пунктів, що потребують виправлення; кращому розумінні перебігу процесу та локалізації проблем.

Наступним інструментом якості є контрольна карта, котра має переважно статистичний характер та надає детальну інформацію про об'єкти дослідження. Вона допомагає дослідити здатність процесів, що відбуваються, досягнути поставленої мети. Інформативні дані лягають в основу конструювання контрольної карти, яку можна виконувати у вигляді діаграми автоматично або в ручному режимі.

Ілюстровані причинно-наслідкові зв'язки представлені у вигляді "скелета риби" (відомого як діаграма Ішкави) дозволяють відокремити причини від наслідків та визнати складність завдання. Її творець запропонував причинно-наслідковий діаграму, котра розпочинається із аналізу виявленого наслідку. Останній проводиться з метою встановлення

всіх можливих причин його виникнення. Сам Ішікава виділяє чотири групи причин [29, с.11-12]: – люди (manpower); – методи (methods); – машини (machinery); – матеріали, засоби (materials). Усі вище згадані групи розподіляються на окремі причини та ретельно досліджуються.

Таким чином, причинно-наслідкова діаграма є графічним аналізом взаємодії різних проблем якості та їх взаємовпливу (рис. 1.5). Аналізуються також результати вказаних вище взаємодій.



Примітки: CAD – автоматизована система забезпечення контролю якості; SAM – метод уособлення в наданих медичних послугах очікувань пацієнтів; QFD – метод розвитку функцій якості; FMEA – аналіз різновидів помилок і їх наслідків; SPC – метод статистичного контролю процесом.

Рисунок 1.5 – Групування причин виникнення низької якості медичних послуг

Джерело: [33, с.204].

Кожна з груп причин, зазначених на рис. 1.5 мають безпосередній вплив на проблему формування якісних медичних послуг.

Здійснення управління лікувальними закладами повинно відбуватися, поряд з іншим, із застосуванням відповідних аналітичних досліджень, що ґрунтуються на визначених методологічних принципах. Охарактеризуємо головні з них.

1) кожне аналітичне дослідження має відштовхуватися від наявної політики держави в економічній та соціальній сферах і оцінки економічних

явищ господарюючих суб'єктів господарювання (в нашому випадку – лікувальних закладів). Відповідність виявлених результатів перевірки встановлюється із застосуванням законодавчої бази.

2) йдеться про врахування передового досвіду в медичній сфері при проведенні аналізу, застосуванні різного типу інновацій та врахуванні економічних законів розвитку суспільства. Основою проведення дослідження виступає діалектична теорія пізнання.

3) об'єктивність аналізу залежить від його обсягу; лише всестороннє дослідження роботи лікувальних закладів дозволить встановити причинно-наслідкові зв'язки в економічних питаннях та усунути негативні ефекти. Як уже зазначалось, необхідно проводити комплексний аналіз.

4) варто врахувати той факт, що лікувальні заклади повинні вивчатися як складна динамічна система із врахуванням усіх її зв'язків. Проте ця система має не лише внутрішні, а й зовнішні зв'язки. Вона також складається із окремих об'єктів, які, в свою чергу, також взаємозалежні та мають певну структурну ієрархію.

5) аналіз повинен концентруватися на ефективності. Задля цього будь-яка інформація, що фігурує при дослідженні, потребує перевірки на об'єктивність (із застосуванням необхідних перерахунків результатів, представлених у документації). Важливим аспектом аналітичного процесу буде точність, що дозволить підтвердити або ж спростувати дані господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

6) оперативність. Йдеться про систематичне інформування керівництва лікувальних закладів щодо результатів внутрішнього аудиту із зазначенням недоліків та упущень. На основі аналітичних матеріалів проведених перевірок управлінцями повинен розроблятися комплекс заходів для усунення негативних результатів та корегування планових показників.

7) Плановий та системний аналіз є запорукою успішного управління якістю медичними закладами. Тобто розумно спланований аналіз із визначенням конкретних виконавців дозволить діяти системно.

8) залучення всіх працівників лікувальних закладів. При цьому застосовуватиметься принцип демократизму, який дозволить виявити приховані резерви в процесі господарювання та управління згаданими закладами.

Доцільно також окремо розглянути Стандарт ISO 9001:2015, який визначає, що необхідно робити для впровадження СУЯ, але не визначає, як це потрібно робити в конкретній організації, бо кожна організація є унікальною з індивідуальними властивостями. Саме за рахунок такого підходу вимоги стандарту є універсальними і застосовуються до будь-якої організації. У зв'язку з вищезазначеним СУЯ не може бути однаковою в різних організаціях навіть одного профілю, бо організації відрізняються як інфраструктурою, так і ресурсами і мають інші відмінності. Отже, СУЯ – це індивідуальна система управління якістю для конкретної організації яка базується на принципах і методології ISO 9001.

Не можна систему управління якістю з однієї організації механічно застосувати в іншій. Кожна організація повинна самостійно розробити та впровадити саме свою СУЯ. Вимоги стандарту ISO 9001:2015 призначені для підтримки розвитку та постійного поліпшення якості медичної допомоги і безпеки пацієнтів у лікарнях. Ця система також стосується загальної безпеки для працівників, пацієнтів та інших відвідувачів у лікарнях. Для цілей цього стандарту термін «лікарня» означає організацію, яка:

1. Займається наданням медичної допомоги: амбулаторно-поліклінічної, амбулаторної під керівництвом лікарів і здійснює:

а) діагностичні та терапевтичні послуги щодо медичної діагностики, лікування й догляду за постраждалими, інвалідами та/або хворими;

б) реабілітаційні послуги для реабілітації постраждалих, інвалідів та/або хворих осіб;

в) надає психіатричні послуги для діагностики та лікування психічно хворих.

2. Підтримує клінічні записи всіх пацієнтів.

3. Гарантує, що пацієнти перебувають під опікою лікаря, крім пацієнтів, які одержують кваліфіковані послуги психолога, які потім можуть перебувати під опікою клінічного психолога щодо цих послуг у межах, дозволених національними та місцевими нормативними стандартами, нормами і вимогами.

Стандарт базується на системному підході до управління. Це означає, що організації необхідно виявити, розуміти та управляти системою взаємозв'язаних процесів, що підвищує ефективність, якість і безпеку роботи лікарні. Створення СУЯ в медичній установі сприяє стандартизації систем і процесів (як клінічних, так і адміністративних). Така стандартизація додатково забезпечує підвищення ефективності роботи лікарні з урахуванням вищезазначених ключових елементів/компонентів якості. Таким чином, СУЯ дає організаціям охорони здоров'я з надання медичних послуг можливість зосередити увагу на потребах та очікуваннях пацієнтів і постачальників засобів для функціонування цих організацій.

Наявність у медичній установі сертифікованої СУЯ є об'єктивним свідченням того, що організація здатна стабільно надавати безпечну і ефективну медичну допомогу, що відповідає встановленим нормативним вимогам і вимогам споживачів. Діяльність із сертифікації будується як багаторівнева система, покликана забезпечити довіру зацікавлених сторін і повинна враховувати особливості побудови систем якості закладів охорони здоров'я, що визначаються специфікою виробництва медичної послуги. У сучасних економічних умовах питання системного управління якістю надання медичної допомоги все частіше розглядають в аспекті підвищення технологічності всіх процесів її надання, стандартизації та оптимізації вибору медичних технологій, упровадження в практику принципів доказової медицини, нових форм і методів організації та інформатизації охорони здоров'я. У той самий час сертифікація СУЯ відповідно до зазначених стандартів не є обов'язковою вимогою. Стандарт зосереджується на

здатності відповідати вимогам клієнта/пацієнта. Переваги застосування СУЯ в організації відповідно до вимог міжнародних стандартів серії ISO 9001:

- забезпечують узгодженість у виконанні різних видів робіт;
- дозволяють визначити причини низької ефективності;
- встановлюють процесний підхід;
- визначають цілі та завдання у сфері якості дають контрольні показники для оцінювання поліпшень.

СУЯ вимагає орієнтації медичної організації на пацієнта і постійного поліпшення медичних послуг.

До проблем, що сповільнюють упровадження системи управління якістю в медичній організації, належать:

1. Нерозуміння і неприйняття методології стандарту ДСТУ ISO 9001.
2. Сприйняття стандарту ДСТУ ISO 9001 як механізму контролю.
3. Трудомісткість процесу розроблення системи управління якістю.
4. Неприйняття економічно регульованої системи надання медичної допомоги.
5. Необхідність переоцінювання свого досвіду, досвіду колег, значення авторитетів.
6. Нерозуміння доказових підходів до вибору медичних технологій.
7. Вплив фінансових потоків на організацію медичної допомоги.
8. Розбіжність очікувань керівництва і співробітників із приводу пріоритетів у сфері управління якістю в медичному закладі.
9. Лячність одержання інформації сторонніми людьми.
10. Недостатнє технічне оснащення.
11. Відсутність зацікавленості в персоналу.

Для забезпечення якості медичної допомоги на сьогодні застосовують методологію управління (менеджменту) цим процесом, що базується на впровадженні вимог ДСТУ ISO 9001 «Система управління якістю. Вимоги» у версіях 2008 та 2015 рр.

СУЯ повинна вміщувати, доповнювати та бути додатком до політики та процедур, які вже використовуються в організації. Стандарт зосереджується на здатності організації відповідати вимогам клієнта та може застосовуватися до всіх організацій охорони здоров'я незалежно від їх розміру й виду наданих послуг, а саме таких, як:

районні служби охорони здоров'я;

лікарня (або частина лікарні);

багатопрофільний лікар-практик, стоматолог або аналогічна практика;

один лікар-практик, стоматолог або аналогічна практика;

постачальник послуг, наприклад, служби оброблення зображень або патології;

послуги з догляду за віком, такі як будинки для людей похилого віку.

Таким чином, СУЯ в лікарнях – процес багатогранний, метою якого є високий рівень надання медичної допомоги хворим.

Україна в цій Міжнародній організації ISO з 1993 р., а як член Ради – з 2004 р., і представляє Державний комітет України з питань технічного регулювання та споживчої політики. Існує багато різних стандартів ISO. Але питання управління якістю висвітлюють лише стандарти серії ISO 9000. Сімейство стандартів ISO 9000 створено для надання допомоги організаціям незалежно від виду діяльності під час розроблення, впровадження і забезпечення функціонування ефективних систем управління/менеджменту якості. Ця організація розробила стандарти (ISO 9001), які були використані для оцінювання систем якості в конкретних аспектах медичних послуг. Перші версії міжнародних стандартів ISO серії 9000 були засновані у 1994 р. У 2000 р. на базі попередніх версій розроблено нові міжнародні стандарти ISO серії 9000, які були гармонізовані в Україні (табл. 4.1).

Таблиця 4.1 – Нові версії міжнародних та національних стандартів ISO серії 9000

Номер стандарту		Назва стандарту
Міжнародного	Національного	
ISO 9000:2005	ДСТУ ISO 9000:2007	Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів
	ДСТУ ISO 9001:2009	Системи управління якістю. Вимоги (діє до вересня 2019 р.)
ISO 9004:2009	ДСТУ ISO 9004:2001	Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшення діяльності
ISO 9001:2015	ДСТУ ISO 9001:2015	Системи управління якістю. Вимоги (замінює ISO 9001:2008 з вересня 2019 р.)

Джерело: [30].

Як бачимо з таблиці 4.1, стандарти якості ISO 9000 поділяються на три моделі – ISO 9001, ISO 9002 та ISO 9004. ISO 9001 – найбільш широкомасштабна в застосуванні та всеохоплююча версія, оскільки вона визначає різні операційні вимоги в таких сферах, як розроблення, виготовлення, монтаж та обслуговування системи управління якістю для різних видів організацій. ISO 9001 є міжнародним стандартом, який проник практично в усі галузі, ринки і системи. На сьогодні ISO 9001 є найпоширенішим нормативним документом даного типу, його використовують практично в усьому світі.

Саме універсальність стандарту стала його візитною карткою. Перша версія стандарту ISO 9001 була видана в 1987 році, друга – 7 років потому, в 1994 році, та була уточнена версія ISO 9001:1987. Третя версія стандарту ISO 9001 вийшла в 2000 році. Цього разу попередня версія була радикально переглянута. Четверта версія стандарту ISO 9001 була опублікована в 2008 році. ISO 9001:2008 діяла до вересня 2018 року. В 2015 році вийшов стандарт ISO 9001:2015, який у вересні 2018 офіційно замінив ISO 9001:2008. Отже, п'яте видання ISO 9001:2015 замінило четверте видання ISO 9001:2008. Вимоги, що містяться в цих стандартах ISO 9001, є загальними і призначені для застосування до всіх організацій незалежно від виду діяльності. У 2007–2009 роках у лікарнях ЄС було застосовано сім стратегій покращання якості, що базувалися на стандартах:

- організаційні програми управління якістю;
- систему одержання думок пацієнтів;
- систему безпеки пацієнтів;
- аудит та внутрішнє оцінювання клінічних стандартів;
- клінічні та практичні рекомендації;
- показники ефективності;

– зовнішнє оцінювання. У лікарнях ЄС підтвердили основні переваги використання ISO (концентрація уваги на пацієнтах, упровадження вимірювань ефективності, поліпшення якості обслуговування, зосередження зусиль на документах щодо якості, підготовка кадрів у сфері якості та постійне).

Деякі лікарні встановили інтегровані системи якості, що відповідають вимогам стандарту ISO 9001, до стандартів ISO 14001 (стандарт екологічного менеджменту) та ISO 18001 (стандарт охорони здоров'я та безпеки праці). У лікарнях ЄС відзначено високу задоволеність від упровадження системи управління якістю та переваги застосування ISO 9001. ДСТУ ISO 9001:2009 та ISO 9001:2015 сприяють прийняттю технологічного підходу під час розроблення, впровадження та підвищення ефективності СУЯ, щоб підвищити рівень задоволеності клієнтів. Перевагою технологічного підходу є постійний контроль, який забезпечується зв'язком між окремими процесами в цілій системі процесів організації, а також він сприяє поєднанню цих процесів та їх взаємодії.

Отже, стандарти серії ISO 9001 сприяють прийняттю технологічного процесного підходу під час розроблення, впровадження та підвищення ефективності СУЯ і служать для забезпечення задоволення зацікавлених сторін. Стандарти ISO серії 9001 застосовують більше ніж у 150 країнах світу (в багатьох державах прийняті як національні), зокрема і в Україні. Основними стандартами ISO серії 9001, що допомагають упровадити СУЯ, на сьогодні є такі два: ISO 9001:2015 «Система управління якістю. Вимоги», який встановлює сучасні вимоги до СУЯ, та ISO 9004:2000 «Система

менеджменту якості. Рекомендації щодо поліпшення діяльності», спрямований на розвиток СУЯ. На цей час у світі сертифіковано понад 500 000 систем менеджменту якості, зокрема в галузі охорони здоров'я, що відповідають вимогам стандартів ISO 9001. На рисунку 4.4 наведена схема версій стандартів ISO 9001, які з роками вдосконалювалися, починаючи із 2000 р.

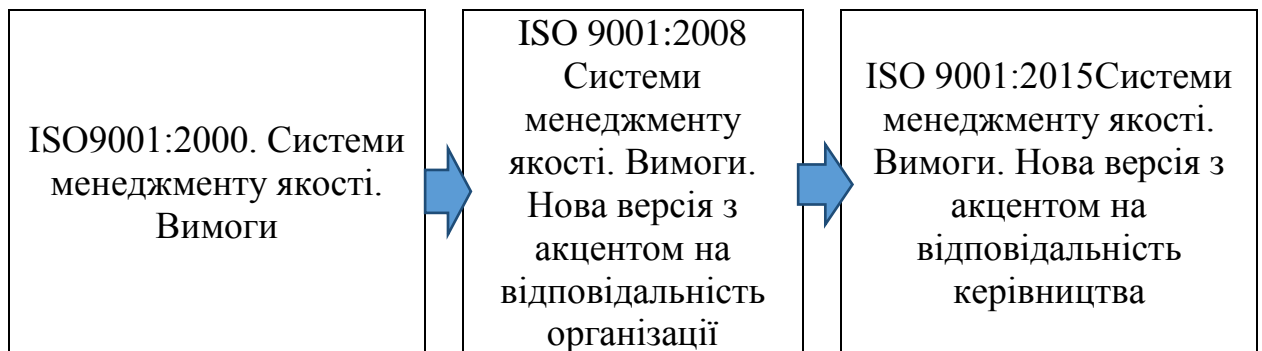


Рисунок 4.4 – Версії стандартів ISO 9001

Джерело: [30].

Оскільки ці стандарти ISO значною мірою стосувалися адміністративних процедур, мають більш технічне спрямування, а не клінічні результати, їх частіше використовували не лише в клінічних лабораторіях, зокрема радіологічних, а й в окремих випадках їх також застосовували до лікарень та клінік. У деяких лікарняних закладах вважалося, що якщо стандарти ISO серії 9001 походять із промисловості, вони не можуть бути застосованими до систем управління якістю охорони здоров'я. Але у 2000-х роках все ж таки було визнано користь стандартів ISO серії 9001 у галузі охорони здоров'я. У 2009 році Ломбарте та ін. описали, що в лікарнях ЄС застосовується сім стратегій покращання якості, які базувалися на стандарті ISO 9001.

Сім стратегій покращення якості:

- організаційна система управління якістю надання медичних послуг;
- система одержання думок пацієнтів;
- система безпеки пацієнтів;
- аудит та внутрішнє оцінювання клінічних стандартів;

- клінічні та практичні рекомендації, показники ефективності;
- зовнішнє оцінювання.

У ЄС у 2001 році вперше була започаткована ініціатива галузевого стандарту CEN EN 15224 для створення системи управління якістю в організаціях охорони здоров'я на основі ISO 9001, а в 2012 році вийшла його німецька версія – стандарт DIN EN 15224-2012 «Послуги в галузі охорони здоров'я. Системи менеджменту якості. Вимоги, засновані на EN ISO 9001: 2008». DIN EN 15224 – це перший галузевий стандарт для системи управління якістю в організаціях охорони здоров'я на основі ISO 9001. Він спрямований на вирішення сумнівів, які були висловлені на сьогодні щодо застосування ISO 9001 у секторі охорони здоров'я. DIN EN 15224 є поясненням системи якості ISO 9001 для організацій охорони здоров'я. Це незалежний та галузевий стандарт. Він може бути використаний усіма організаціями, що надають клінічні послуги, включно ті, що пов'язані з дослідженнями та освітою. DIN EN 15224 додержується тексту ISO 9001, а вимоги ISO 9001 пояснюються для вимог охорони здоров'я.

У цьому стандарті чітко визначені такі пункти:

- відповідальність керівництва;
- інтеграція управління ризиками в систему СУЯ;
- управління знаннями в розділі про ресурси;
- внутрішнє спілкування (взаємовідносини), контроль документів та ін.

DIN EN 15224 визначає 11 функцій та вимог щодо якості надання медичної допомоги, яких необхідно додержуватися. Центральними пунктами стандарту є медична допомога пацієнтам та управління клінічними ризиками. Ризик розуміють як клінічний, якщо він може призвести до негативних наслідків як мінімум для одного з 11 показників якості при медичному обслуговуванні. Переваги медичної організації, сертифікованої за DIN EN 15224: підвищення безпеки пацієнтів; спрямованість організації на клінічні процеси; сприяння культурі безпеки і процесам поліпшення; можливе комбінування з іншими стандартами, наприклад з ISO 9001; збільшення

довіри пацієнтів. Упровадження цього стандарту є актуальним для будь-якої організації, що надає послуги з медичної допомоги, догляду за хворими та для лікарів-практикантів.

Отже, загальна сутність та значення СУЯ – це інструмент розвитку організації, що сприяє досягненню основної мети будь-якої установи охорони здоров'я – задоволення вимог споживача. СУЯ дає можливість стабільно та своєчасно визначати ринкові перспективи, орієнтовані на клієнтів. СУЯ гарантує якість управління усіма встановленими видами діяльності (процесами), дає можливість розвивати якість управління на усіх рівнях, розвиває персонал організації. Упровадження СУЯ для організації є стратегічним рішенням, яке допоможе покращити показники її діяльності та створити надійну основу для її розвитку, а також вибудувати в медичній установі систему, що сформує однакове уявлення про поняття якості послуг як у співробітників, так і в пацієнтів. Отже, основна роль СУЯ полягає в тому, щоб забезпечити ефективне та безпечне надання медичної допомоги пацієнтам і додержання їх вимог щодо ефективності та безпечності лікування.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КП «ХМЕЛЬНИЦЬКА МІСЬКА ДИТЯЧА ЛІКАРНЯ»

2.1. Аналіз основних техніко-економічних показників розвитку закладу охорони здоров'я

Сьогодні в складі КП«Хмельницька міська дитяча лікарня» працює стаціонар на 360 ліжок та поліклініка на 920 тис. відвідувань за рік. Щороку в ХМДЛ лікується понад 12 тис. дітей, проводиться понад 6 тис. оперативних втручань. Поліклініка обслуговує 47200 дітей від 0 до 18 років.

Лікарський склад лікарні нараховує 226 лікарів, з них 5 кандидатів медичних наук, 65 лікарів вищої, 71 – першої та 33 другої категорій.

Заклад підтримує стратегію Всесвітньої організації охорони здоров'я та Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) з підтримки грудного вигодовування та впровадження новітніх технологій в практиці догляду та лікування новонароджених дітей. Лікарня одна з перших серед дитячих лікарень в Україні отримала звання «Лікарня, доброзичлива до дитини». Заклад удостоєний звання "Флагман вітчизняної медицини" за вагомий внесок у розвиток іміджу охорони здоров'я України.

У центрі реабілітації "Турбота" лікарні щороку отримують лікування понад 500 дітей віком від 0 до 18 років. За 2018-2019 роки в центрі проліковано 1300 дітей з усіх регіонів Хмельниччини. Використовуються комп'ютерні технології для дистанційної роботи з сім'ями, що опікуються дітьми-інвалідами. З підлітками лікарня працює на засадах «дружніх до молоді».

Спеціалізована стаціонарна медична допомога дітям у Хмельницькій міській дитячій лікарні надається у 10 відділеннях лікарні, в яких розташовано 360 ліжок. Крім того функціонують відділення анестезіології та інтенсивної терапії на 6 ліжок та відділення анестезіології та інтенсивної терапії для новонароджених на 9 ліжок.

Хмельницька міська дитяча лікарня надає допомогу дітям не лише міста, але й всієї Хмельницької області. 8 відділень лікарні із 10 працюють як відділення обласного значення. Заклад надає допомогу хворим новонародженим дітям всього регіону.

За останні роки у ХМДЛ значно збільшилась кількість пролікованих дітей, які народилися з малою та екстремально малою масою при народженні. Успішно проводяться оперативні втручання у новонароджених дітей з приводу атрезії стравохода, діафрагмальної кири, вроджених вад розвитку ШКТ.

В ХМДЛ відпрацьовуються актуальні питання практики інтенсивної неонатології: парентеральне живлення новонароджених в т.ч. передчасно народжених з низькою та наднизькою масою, також новонароджених, оперованих з приводу вроджених вад розвитку, проблеми респіраторної підтримки.

Заклад удостоєний звання "Флагман вітчизняної медицини" за вагомий внесок у розвиток іміджу охорони здоров'я України. Лікарнею підтверджена вища акредитаційна категорія. Бюджет лікарні на 2017 рік складав 36 974 тис. грн. В 2018 році 42629.8 тис. грн. На 2019 рік затверджений бюджет в сумі 44541,0 тис грн. За 3 останні роки бюджет лікарні зріс майже на 8 млн грн.

Зросла середньомісячна заробітна плата на 16% з 1604.85 грн. до 1861,82 грн. Заборгованості по заробітній платі немає. Виплачена матеріальна допомога на оздоровлення в повному обсязі для лікарського та середнього медперсоналу.

Зросли витрати на 1 ліжкодень на 17,1 %, на одне відвідування поліклініки - на 18%. Збільшились видатки на харчування на 8.2%. На харчування фінансування збільшилось з 8,81 до 9,95 на 1 ліжко-день. На медикаменти зросло фінансування на 9.6% (в 2011 році - 16,36, в 2012 – 17,99 на 1 ліжко-день).

На медикаменти та перев'язувальний матеріал було виділено в 2019 році 2 255,6 тис грн, в 2012 – 2440,6 тис грн.

Продуктів харчування закуплено на суму 1383,4 тис грн в 2018 і 1496,8 тис грн в 2019 році. Залучено позабюджетних коштів в 2011 році 1291,8 тис грн, в 2012 -1038,7 тис. грн.

По бюджету розвитку на капітальний ремонт було виділено суму 599,7 тис грн.

Амбулаторний прийом проводять лікарі з 24 медичних спеціальностей

Для лікування дітей в амбулаторних умовах працює функціонує відділення фізіотерапевтичного лікування, кабінети лікувальної фізкультури, масажу, рефлексотерапії. В кабінеті охорони зору та сурдологічному кабінеті діти мають можливість повного комплексу дослідження зорового та слухового аналізаторів. Відкрито вперше в області реабілітаційний центр “Турбота” для дітей з особливими потребами, в якому проводиться медико-соціальна реабілітація.

В 2018 році лікарня стала переможцем конкурсу проектів місцевого самоврядування, завдячуючи якому введений в дію басейн та впроваджені методики арт-терапевтичного лікування дітей з особливими потребами. Бюджет проекту склав 759 тис. грн. В центрі реабілітації ” Турбота” щороку отримують лікування понад 500 дітей віком від 0 до 18 років. За 2018-2019 роки в центрі проліковано 1300 дітей з усіх регіонів Хмельниччини.

Використовуються комп'ютерні технології для дистанційної роботи з сім'ями, що опікуються дітьми-інвалідами. З підлітками лікарня працює на засадах «дружніх до молоді».

Спеціалізована стаціонарна медична допомога дітям у Хмельницькій міській дитячій лікарні надається у 10 відділеннях лікарні, в яких розташовано 380 ліжок. Крім того функціонують відділення анестезіології та інтенсивної терапії на 6 ліжок та відділення анестезіології та інтенсивної терапії для новонароджених на 9 ліжок. Хмельницька міська дитяча лікарня надає допомогу дітям не лише міста, але й всієї Хмельницької області. 8

відділень лікарні із 10 працюють як відділення обласного значення. Заклад надає допомогу хворим новонародженим дітям всього регіону.

У 2018 році хворими проведено ліжко-днів 125668, у 2019 – 121482. Зайнятість ліжка 319,6 днів. Середній термін лікування складає 9,8 дні. За останні роки у ХМДЛ значно збільшилась кількість пролікованих дітей, які народилися з малою та екстремально малою масою при народженні. В 2018р. дітей, народжених з масою менше 1500.0 було 47, в 2019 році таких пацієнтів виписано 76. Дітей, що народилися з масою менше 1000.0 в 2019 році проліковано майже вдвічі більше, ніж в попередньому році. Проведено 7 операцій з приводу атрезії стравохода у новонароджених дітей, 2 новонароджених прооперовано з приводу діафрагмальної кили. Із ВВР ШКТ успішно прооперовано 6 новонароджених дітей. Усього у 2019 році прооперовано 59 новонароджених. В ХМДЛ відпрацьовуються актуальні питання практики інтенсивної неонатології: парентеральне живлення новонароджених в т.ч. передчасно народжених з низькою та наднизькою масою, також новонароджених, оперованих з приводу вроджених вад розвитку, проблеми респіраторної підтримки та інше.

У практиці роботи педіатрів забезпечується виконання вимог Протоколів лікування, затверджених МОЗ України, створені локальні протоколи лікування дітей, маршрути пацієнта. В роботі неонатологічних відділень застосовуються передові перинатальні технології, засоби інфекційного контролю. Розширений спектр оперативних втручань з допомогою лапароскопічної стійки (герніотомія, апендектомія), збільшилась кількість лапароскопічних операцій. Впроваджено в практику використання аллопластичних матеріалів для пластики передньої черевної стінки, діафрагми, при вроджених вадах розвитку.

Основною проблемою в роботі ВАІТН і всіх неонатальних відділень є технічне оснащення та невідповідність площ санітарним нормам відділень подібного профілю. Тому серед проблем, що потрібно вирішувати (придбання обладнання, ремонт існуючої апаратури, покращення рівня

лабораторного обстеження), найвагомішою для вирішення є проблема будівництво неонатального корпусу.

Таблиця 2.1 - Основні показники роботи КП«Хмельницька міська дитяча лікарня»

№	показники	Роки				
		2015	2016	2017	2018	2019
1	План. сер.-річ. ліжка	360	360	360	360	360
2	Поступило	11385	11811	11386	10870	10719
3	Виписано	11288	11789	11336	10875	10759
4	померло	43	38	46	17	17
5	Летальність%	0.37	0.32	0.4	0.156	0.2
6	Планові ліжка дні	117300	117300	117300	117300	117450
7	Фактичні ліжка дні	124742	127338	121460	118367	112916
8	Планова ліжка зайнятість	346,5	353,7	337,3	328,8	326,3
9	Фактична ліжка зайнятість	333,4	349,3	319,1	301	313,7
10	Виконання ліжка днів%	106,34	108,56	103,55	100,91	96,1
11	Середнє перебування на ліжку	10,98	10,77	10,67	10,88	10,5
12	Обіг ліжка	31,558	32,83	31,622	30,225	29,9

Примітка. Складено автором за даними КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».

Таблиця 2.2 – Порівняльна характеристика показників летальності в Україні та Хмельницькій області

	Загальна летальність		Летальність до року	
	2010	2019	2010	2020
Україна	0,24	0,13	1,06	0,93
Хмельницька	0,15	0,12	0,62	0,72

Примітка. Складено автором за даними КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».

В оцінці надання якості медичної допомоги дитячому населенню користуються багатьма показниками.

У роботі використані такі показники як використання ліжка, перебування на ліжку, лікарняна смертність. Якщо брати показник як середнє перебування на ліжку по минулому року ,то складає по Україні 8,82 а по дитячій лікарні 10,5.

Значну роль на даний показник має тривале перебування дітей в таких відділеннях як другий етап вихожування передчасно народжених дітей і відділення реанімації новонароджених. В інших

відділеннях час перебування зменшився, що пов'язано з оновленням стандартів, протоколів надання медичної допомоги протягом останніх трьох років.

Загальна летальність по Україні в 2019 році 0,13%, по дитячій лікарні складає 0,2%.

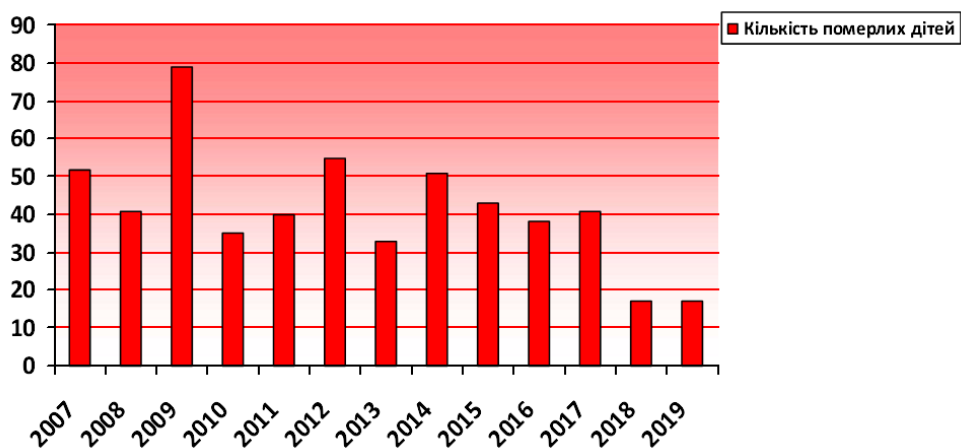


Рисунок 2.1 – Показники летальності у КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

Примітка. Складено автором за даними КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».

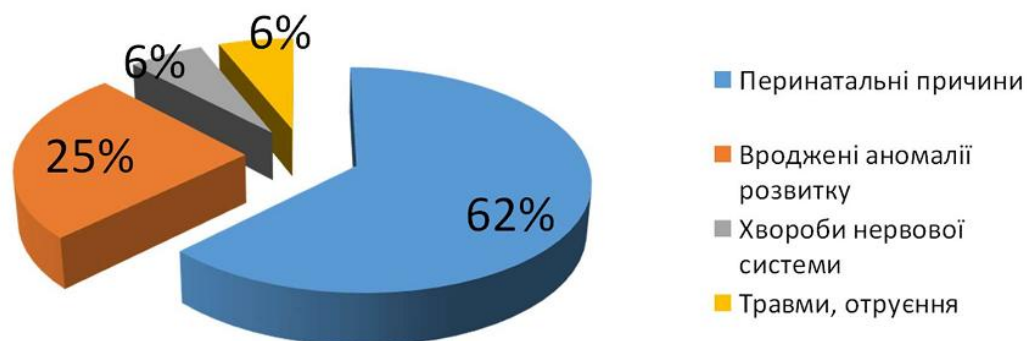


Рисунок 2.2 – Структура летальності у КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

Примітка. Складено автором за даними КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».

На цей показник має вплив летальності в таких відділеннях як загальна реанімація і реанімація новонароджених, відділення другий етап виходжування передчасно народжених дітей, в яких надається допомога не тільки дітям міста, але й дітям області. В цих відділеннях отримують лікування діти з тяжкою, часто вродженою патологією, глибоко недоношені

діти, за рахунок чого і виходить вищій показник летальності по стаціонару. Наприклад :

Таблиця 2.3 – Окремі показники діяльності КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

№	Відділення	роки				
		2015	2016	2017	2018	2019
1	Виписано	11288	11789	11336	10875	10759
2	ВАІТ	2,208	3,073	2,383	1,542	2,666
3	ВАІН	10,81	8,846	15,9	5,541	6,47
4	загальна	0,378	0,321	0,404	0,156	0,2

Примітка. Складено автором за даними КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».

У роботі медичного закладу будь якого профілю важливу роль відіграють наявні кадри, комплектація кадрів, бо зрозуміло, що якщо медперсоналу не вистачає, то це також впливає на своєчасність і якість надання медичної допомоги.

Таблиця 2.4 – Кадрові показники КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

Укомплектованість кадрів					
лікарів	2015	2016	2017	2018	2019
штати	256,75	256,75	256	192	192,5
зайнятість	248,75	251,25	250,5	185	164
%	97	98	96,47	93,35	85,1

Примітка. Складено автором за даними КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».

За даними таблиці можна прослідкувати що в 2018 році знизилась кількість штатів, що пов'язано з медичною реформою і первинна ланка: дільнична ланка перейшла на первинну ланку на ПМСД № 1 та ПМСД № 2.

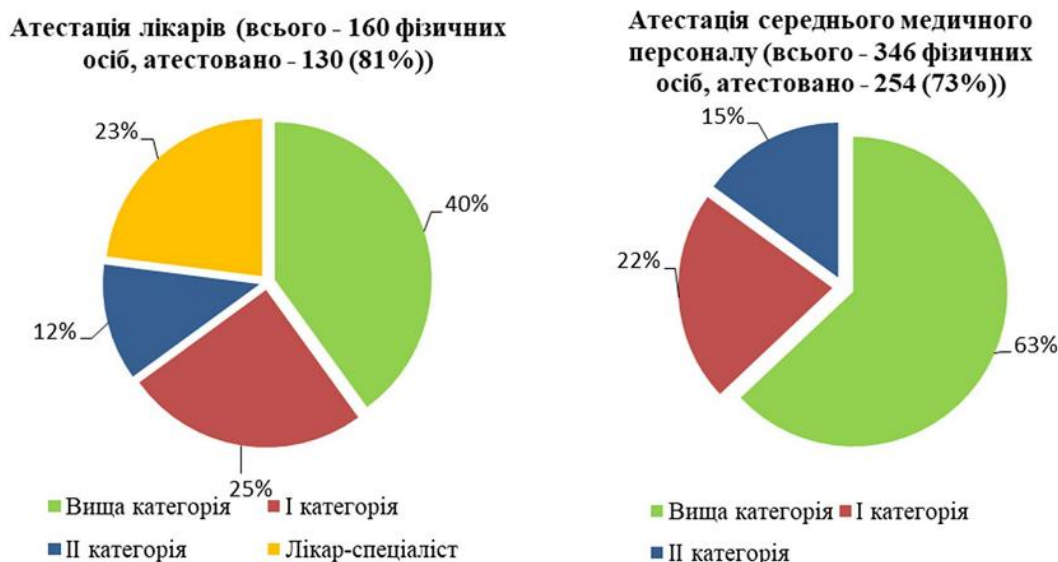


Рисунок 2.3 – Атестація медичних працівників КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» за підсумками 2019 року

Примітка. Складено автором за даними КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».

Також слід зазначити що на якість медичної допомоги впливає своєчасність звернення батьків дитини, якісне виконання рекомендацій та призначень лікарів стаціонарів.

Отже на формування показників якості впливає багато чинників в сукупності яких і залежить якісне надання медичної допомогидитячому населенню міста Хмельницький.

У поліпшенні якості медичної допомоги зацікавлені всі: населення, уряд, органи місцевого самоврядування, керівники МОЗ, роботодавці та медичні працівники. Ефективність і чіткість функціонування всіх ланок механізму поліпшення якості медичної допомоги можливі тільки при їх взаємодії. Тільки державний і міжгалузевий підхід до формування політики медичної допомоги забезпечить її високу якість. Керівні органи СОЗ, лікарські асоціації, страхові медичні організації, навчальні заклади, що здійснюють переддипломну підготовку й післядипломне навчання медичних кадрів, ЗОЗ, що безпосередньо надають медичну допомогу, повинні керуватися єдиною стратегією поліпшення якості медичної допомоги. Для цього необхідно розробити комплексну програму управління якістю

медичної допомоги та забезпечити її виконання з чітким розмежуванням обов'язків і відповідальності.

2.2. Оцінка складових системи управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я

КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» створена з метою реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, інтеграції та ефективного використання ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів в наданні доступної амбулаторно-поліклінічної, спеціалізованої (вторинної), високоспеціалізованої (третинної) стаціонарної медичної допомоги дитячому населенню міста Хмельницького, але не обмежуючись вказаним населеним пунктом, а також вжиття заходів з профілактики захворювань дитячого населення та підтримки громадського здоров'я. Зауважимо, що у відповідності до поставленої мети предметом діяльності підприємства, поряд з іншим, є експертиза і контроль якості медичної допомоги, а також підвищення якості медичної допомоги, шляхом широкого впровадження в практику досягнень медичної науки і практики, наукової організації праці, раціонального використання медичних кадрів.

Управління КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» здійснюється відповідно до Статуту. Детальна структура КП «Хмельницька міська дитяча лікарня» проілюстрована на рис. 2.3. Система управління лікарнею у своїй діяльності керується, поряд з іншим, наказом МОЗ України від 28.09.2012 №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги». У цьому наказі затверджені види, форми і складові контролю якості, визначені його організаційні структури. Відповідно до положень наказу, потребують оновлення існуючі організаційні технології контролю якості та адаптації до сфери охорони здоров'я – нові технології контролю (внутрішній аудит, самооцінка системи якості), що обумовило доцільність розробки даних методичних рекомендацій.

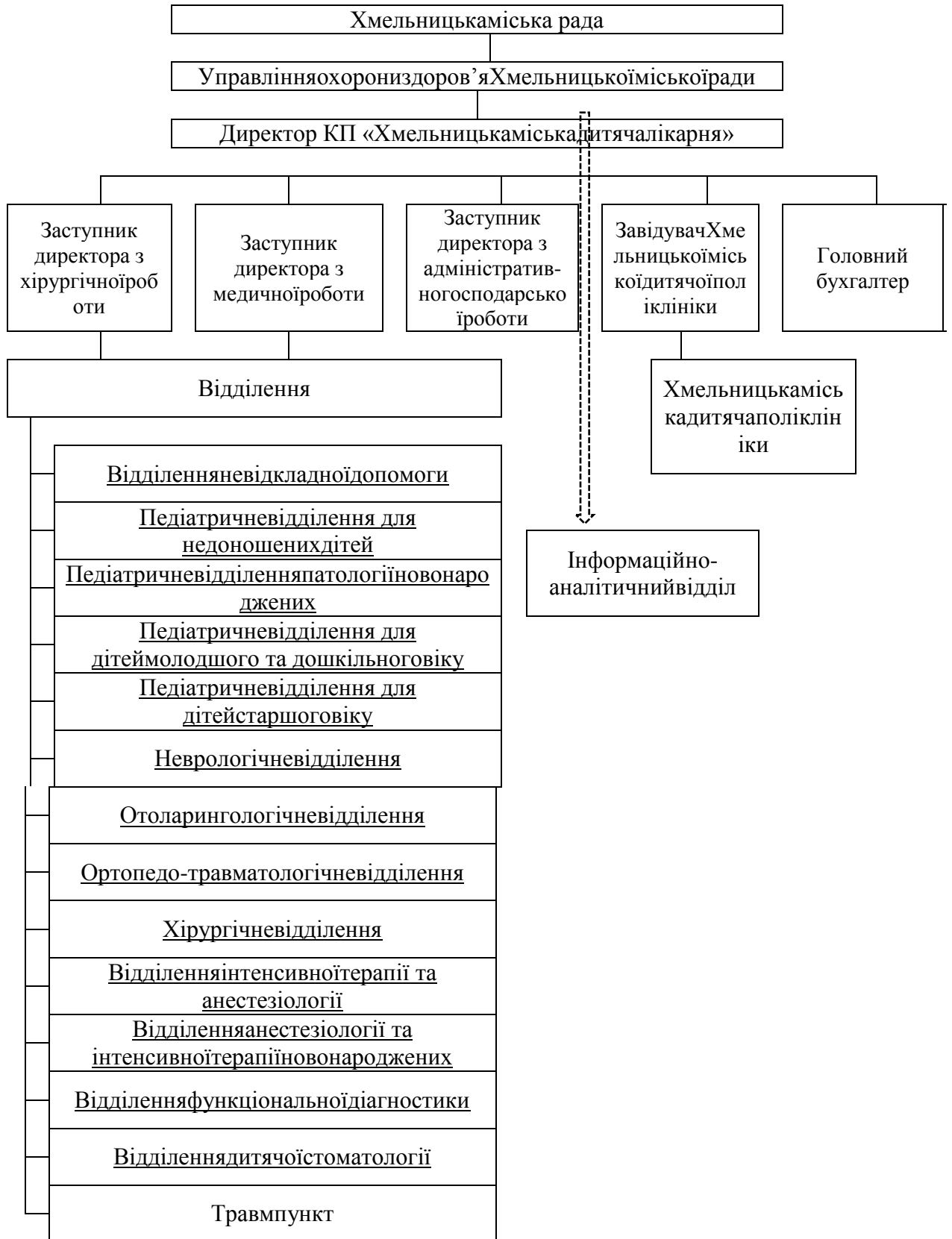


Рисунок 2.4 – Організаційна структура КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

Примітка. Складено автором за даними КП «Хмельницька міська дитяча лікарня».

Актуальність значною мірою посилюється необхідністю визначення загальних методичних підходів до формування критеріальної бази якості і методів оцінки якості, що дозволить використовувати отриману за оціночними даними інформацію для підтримки управлінських рішень з координації дій в системі і поліпшення якості медичної допомоги.

Мета: обґрунтувати та розробити сучасні підходи до організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я відповідно до потреб інформаційного забезпечення керівників для прийняття управлінських рішень з поліпшення якості.

Провідна функція контролю простежується в законодавчих і нормативно-правових документах, що регулюють управління якістю медичної допомоги в Україні:

- Законі України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» (набрав чинності 01.01.2012 року).

Законом надано законодавчого статусу акредитації закладів охорони здоров'я;

- Програмі економічних реформ в Україні на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Програмою передбачено ряд завдань з підвищення якості медичного обслуговування, зокрема,

розроблення системи індикаторів якості роботи медичних закладів, створення незалежних центрів оцінювання якості медичних послуг;

наказах МОЗ України від:

- 06.08.2013 р. № 693 «Про організацію клініко–експертної оцінки якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07.10.2013 року за № 1717/24249;

- 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201;

- 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, 2002/22314;

- 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги»(Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р.);

- 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». Концепцією, зокрема, визначено клінічний аудит невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості медичної допомоги, а цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги, відповідно положенням документу, потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості;

- 19.09.2011 р. № 597 «Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року»;

- 22.07.2009 р. № 529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я» (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1003/17019);

- 10.02.2011 р. №80 «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.05.2011 за № 634/19372.

Згідно з адміністративним правом України, контроль діяльності в будь-якій сфері здійснюється шляхом позавідомчого, громадського та відомчого контролю. Відповідно, в системі управління якістю медичної допомоги присутні усі зазначені види контролю.

Суб'єктами контролю виступають вповноважені органи за межами медичної установи (зовнішній контроль), адміністрація та керівники відділень/структурних підрозділів – безпосередньо в закладах охорони здоров'я (внутрішній контроль).

Функції суб'єктів позавідомчого контролю якості медичної допомоги виконують Прокуратура України та органи, діяльність яких відбувається у сфері захисту прав споживачів, з правом прийняття владних рішень, а також страхові компанії – на основі укладених угод з надавачами та споживачами медичних послуг.

До громадського контролю якості медичної допомоги залучені громадські організації, громадяни в процесі їх звернень до органів влади та керівників закладів охорони здоров'я з питань якості медичної допомоги, професійні медичні асоціації.

Громадський контроль носить консультативний характер.

Зовнішній відомчий контроль, згідно з Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р.

№752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», зареєстрованим Міністерством юстиції України за № 1996/22308 від 28.11.2012 р., вповноважені здійснювати МОЗ України, у тому числі, Департамент з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги, МОЗ Автономної республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Обсяг повноважень зазначених суб'єктів управління охоплює сфери проведення ліцензування і акредитації закладів охорони здоров'я, стандартизації медичної допомоги, атестації спеціалістів, розгляду звернень громадян, і передбачає право винесення владних рішень, а також обов'язкових до виконання приписів і розпоряджень. Внутрішній контроль якості, відповідно до діючих галузевих нормативно-правових документів, проводиться керівництвом та медичними радами закладів охорони здоров'я.

Традиційна практика організації діяльності передбачає надання керівником закладу охорони здоров'я відповідних повноважень з виконання контрольних функцій заступникам за окремими напрямками діяльності та завідувачам відділеннями / керівникам структурних підрозділів. Сучасні підходи до внутрішнього контролю якості передбачають також впровадження аудиту та самооцінювання системи управління якістю.

Особливістю суб'єкту контролю в системі управління якістю слід вважати обов'язкове віднесення до нього лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою (рівень самоконтролю).

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 об'єктами контролю визначені структурні, процесуальні та результативні компоненти системи якості, зокрема, кваліфікація спеціалістів, організація медичної допомоги, реалізація управлінських рішень з питань якості, дотримання стандартів, протоколів медичної допомоги, випадки дефектів, несприятливих наслідків лікування та скарг громадян, забезпечення прав та безпеки пацієнтів, вивчення їх думки щодо отриманої медичної допомоги.

Контроль як складова процесу управління, як функція і як система. Контроль в системі управління якістю медичної допомоги можна розглядати як складову процесу управління, як функцію і як систему. Контроль як складова процесу управління призначений забезпечити досягнення стратегічної мети – надання пацієнтам якісної медичної допомоги – шляхом встановлення рівня відповідності визначених компонентів (характеристик) якості медичної допомоги прийнятим вимогам.

Контроль як функція управління передбачає:

- збір даних про фактичні характеристики якості медичної допомоги на основі їх моніторингу за визначеними критеріями;
- порівняння отриманих даних з вимогами нормативів, стандартів, протоколів, інструкцій;
- виявлення відхилень (невідповідностей) та їх оцінку;
- аналіз причин відхилень;

- використання аналітичної інформації для підтримки прийняття управлінського рішення з поліпшення якості медичної допомоги.

Таким чином реалізується зворотний зв'язок в системі управління якістю. Контроль як система розглядається через сукупність взаємопов'язаних елементів: мети, завдань, ідентифікованих суб'єктів і об'єктів контролю, функцій, методів, засобів контролю, джерел інформації про функціонування системи якості, критеріїв і результатів контролю

Розробка інформаційної бази критеріїв та індикаторів якості медичної допомоги. Досягнення максимального ступеня об'єктивності контролю можливе за умови його проведення на основі розробленої та затвердженої керівником закладу охорони

здоров'я інформаційної бази критеріїв та індикаторів якості, відповідних її компонентам.

Критерії якості повинні охоплювати усі компоненти якості і слугувати орієнтирами на шляху досягнення запланованих цілей з надання якісної медичної допомоги.

Таблиця 2.5 - Індикатори якості надання медичної допомоги в КП «Хмельницька міська дитяча лікарня»

№з/п	Назва показника
1.	Укомплектованість фізичними особами посад лікарів
2.	Питома вага атестованих лікарів відповідно до займаної посади.
3.	Питома вага атестованих середніх медичних працівників від тих, хто підлягав атестації
4.	Показники обігу ліжка його відповідність середньостатистичному по Україні
5.	Показник середньої тривалості перебування хворих на профільних ліжках (загальний, доопераційний), його відповідність середньостатистичному по Україні
6.	Показник виконання ліжко-днів, його відповідність середньостатистичному по Україні
7.	Показник повторних госпіталізацій, як наслідок ускладнень після первинних госпіталізацій, його відповідність середньостатистичному по Україні

8.	Показник оперативної активності за кожною нозологічною формою, його відповідність середньостатистичному по Україні
9.	Показник післяопераційних ускладнень (інфаркт міокарду, кровотеча, гематома, пневмонія, тромбоемболія легеневої артерії, інсульт тощо), його відповідність середньостатистичному по Україні
10.	Кількість повторних оперативних втручань (за винятком запланованих)
11.	Показник необґрунтованої госпіталізації
12.	Показник профільності пролікованих хворих у відділеннях
13.	Показник летальності у стаціонарі
14.	Показник післяопераційної летальності
15.	Додобова летальність хворих у стаціонарі
16.	Дорічна летальність серед первинно виявлених онкохворих
17.	Якість ведення медичних карт стаціонарного та амбулаторного хворого
18.	Показник розходження клінічних та патологоанатомічних діагнозів за основним захворюванням
19.	Задоволеність населення наданням медичної допомоги (за даними опитування)
20.	Кількість звернень громадян на незадовільне медичне обслуговування
21.	Санітарно-освітня робота

Примітка. Складено автором.

Критерії якості деталізуються для кожного відділення / структурного підрозділу і кожного співробітника, відповідно до виду і обсягу медичної допомоги, визначених Положеннями про структурні підрозділи та посадовими інструкціями.

Приклади критеріїв якості медичної допомоги відповідно до компонентів якості для закладів охорони здоров'я. Приклади критеріїв якості:

1. Спрямованість на пацієнта

1.1. Дотримуються права пацієнта згідно з чинним законодавством.

1.2. Дотримуються етичні та деонтологічні норми медичної діяльності.

1.3. Проводяться регулярні соціологічні опитування з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта.

2. Результативність

2.1. Зміна клінічного стану у відповідності до очікуваної при даному захворюванні.

2.2. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини.

2.3. Має місце позитивна динаміка показників зниження рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян в порівнянні з попереднім періодом діяльності.

2.4. Регулярно оцінюється задоволеність пацієнта результатом медичної допомоги та медичного обслуговування.

3. Безпека

3.1. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини.

3.2. Дотримуються стандарти ліцензування та акредитації за відповідними профілю діяльності

закладу охорони здоров'я розділами.

4. Доступність

4.1. Штатні посади медичних і немедичних працівників укомплектовані відповідно до нормативів.

4.2. Заклад охорони здоров'я укомплектований медичним обладнанням та виробами медичного призначення за таблицями оснащення.

4.3. Наявні в закладі, доступні кожному медичному працівнику та дотримуються ним вимоги локальних медико-технологічних документів, стандартів, правил, методик, нормативів, інструкцій, інших регулюючих документів.

4.4. Встановлений і дотримується порядок взаємодії між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я та закладу охорони здоров'я з іншими медичними і немедичними установами

з питань організації надання медичної допомоги пацієнтам / населенню.

5. Економічна ефективність

5.1. Обсяг ресурсів для задоволення потреб цільових груп населення у медичній допомозі планується згідно з вимогами галузевих / локальних медико-технологічних документів.

5.2. Використовуються види і обсяги ресурсів відповідно до вимог галузевих / локальних медико-технологічних документів.

5.2. Тривалість лікувально-діагностичного процесу та його окремих складових за нозологіями відповідає діючим нормативам.

6. Своєчасність

6.1. Визначені і дотримуються тривалість очікування:

- планової консультації спеціаліста згідно з рекомендованими нормативами;

- планової госпіталізації згідно з рекомендованими нормативами;

- планового оперативного втручання згідно з рекомендованими нормативами;

- результатів лабораторних, функціональних, інших діагностичних досліджень.

6.2. Визначений порядок прийому лікаря в амбулаторних умовах.

6.3. Визначений час доїзду бригади екстреної медичної допомоги до хворого / постраждалого в залежності від місцевості згідно діючих нормативів.

Згідно з критеріями формується блок еталонних (планових) показників якості для закладу охорони здоров'я, визначених у нормативах, стандартах, інструкціях, методиках, інших директивних та розпорядчих документах.

Нині найпопулярніший стандарт, який визначає вимоги до системи управління якістю, — міжнародний стандарт ISO 9001:2015 «Quality Management Systems — Requirements», який із 2016 року запроваджений в Україні як державний — ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (далі — ДСТУ ISO 9001:2015; Стандарт). Система управління якістю (далі — СУЯ) в закладі охорони здоров'я — це не данина моді. Це підтвердження відповідності вимогам нормативно-правових актів і можливість гарантувати споживачам якість продукції, що задовольнить їхні потреби. СУЯ — це ще й можливість задовольнити інших зацікавлених сторін — постачальників, аутсорсерів та ін.

Основних переваг ДСТУ ISO 9001:2015 три:

СУЯ, розроблена згідно з вимогами ДСТУ ISO 9001:2015, спрямована на задоволення потреб споживача та інших зацікавлених сторін;

у цьому Стандарті вперше з'явилася вимога щодо ідентифікації та оброблення ризиків і можливостей, що пов'язані з її контекстом та цілями;

в основі Стандарту — процесний підхід, тобто вся діяльність передбачає комплекс взаємопов'язаних процесів, які побудовані за принципом PDCA (плануй — виконуй — перевіряй — дій).

До того ж ДСТУ ISO 9001:2015 доволі демократичний: він містить вимоги про те, що необхідно зробити, а от як цього досягти — це вже ваша творчість, ваш погляд на проблему. Тому кожна система в кожній організації - унікальна. Навіть якщо два заклади охорони здоров'я надають однакові послуги, мають аналогічне обладнання тощо, вони не матимуть ідентичних СУЯ. Адже основу системи формують лідерство, задіяність персоналу, керування відносинами та інші принципи управління якістю.

Чому до впровадження СУЯ недоліки й невідповідності приховували? Тому що зазвичай вважали основним винуватцем працівника. Ніхто не розслідував об'єктивних причин, не розробляв корегувальних дій, аби уникнути помилок. Існував основний метод мотивації - покарання. СУЯ спрямована запобігати недолікам. Тому варто аналізувати процеси на етапі

моніторингу, внутрішніх і зовнішніх аудитів. Якщо розглядати процес як локальну систему, то внутрішній аудит є зовнішнім для процесу. На аудитах «усі скелети витягують із шаф», щоб проблему розв'язати, а не приховати. Системні питання неможливо розв'язати без вищого керівництва. А для цього воно має бути добре поінформованим. У закладах, які упровадили СУЯ, інформованість вищого керівництва про стан процесів СУЯ стає повнішою й об'єктивнішою.

Статистика свідчить, що витрати на якість зазвичай досягають 10-20% від загального обсягу обороту. Понад 80% припадає на брак і його виявлення. Реальні витрати на якість зазвичай невідомі, оскільки їх вимірює менше ніж 40% компаній. Економія витрат на якість може значно впливати на фінансові результати. На діаграмі (рис. 2.5) ми зобразили, наскільки зменшується кількість браку загалом за функціонування СУЯ в системі забору крові упродовж останніх років.

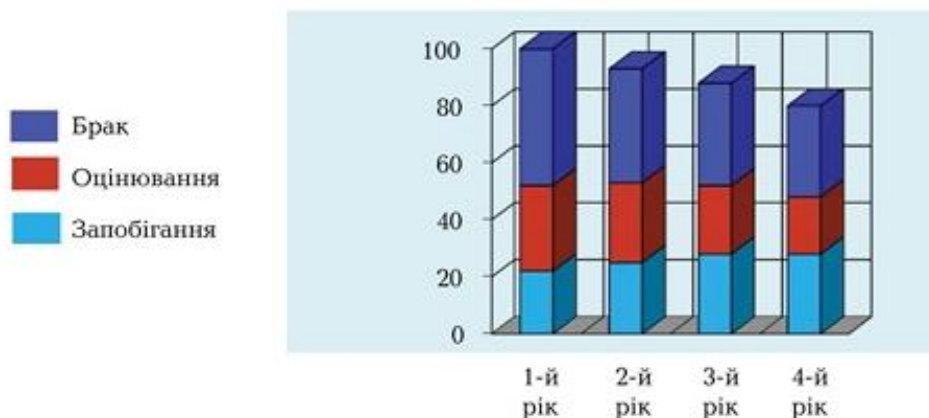


Рисунок 2.5. - Зменшення кількості браку

Рівень браку компонентів крові, які виготовляє наш заклад, наведений на графіку (рис. 2.6).

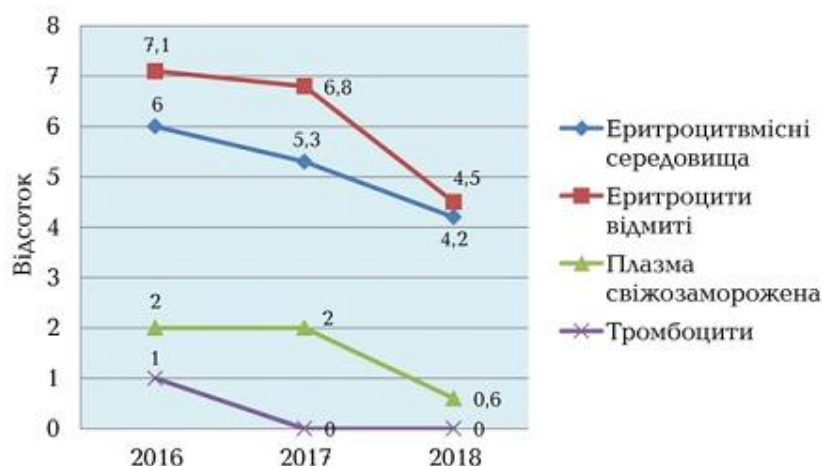


Рисунок 2.6. - Рівень браку компонентів крові

Досягнення нашого закладу завдяки упровадженню СУЯ доводять, що система ефективна і сприяє позитивним змінам у закладі охорони здоров'я.

Індикатори якості, як інструмент для вимірювання досягнутого рівня якості медичної допомоги, розробляються та обчислюються відповідно до Методики розробки системи індикаторів якості медичної допомоги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2002/22314.

Організація проведення контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я передбачає досягнення мети контролю шляхом виконання відповідних функцій суб'єктами контролю з використанням методів і технічних засобів контролю на основі визначених критеріїв.

РОЗДІЛ 3

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Концептуальні аспекти підвищення ефективності управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я

Управління якістю медичної допомоги складається з наступних компонентів: нормативної бази (постанови, накази, положення, інструкції, стандарти (клінічні протоколи) діагностики та лікування і т.д.); системи ліцензування та сертифікації; контролю якості медичної допомоги; оцінки якості та ефективності медичної допомоги; контролю за реалізацією управлінських рішень. Досвід розвинених країн світу свідчить про те, що впровадження нових управлінських технологій забезпечує суттєвий виграш в якості медичної допомоги. Рішення найбільш актуальних проблем управління дозволяє досягати високих фінансових показників, знижувати витрати, вирішувати проблеми задоволеності пацієнтів і, в цілому, підвищувати якість медичної допомоги.

Завданню забезпечення високого рівня якості медичної допомоги підпорядковується вся управлінська діяльність. Для управління якістю медичної допомоги необхідно використовувати комплекс наступних заходів: Навчання медичного персоналу питань управління якістю медичної допомоги. Ця діяльність повинна стосуватися не тільки керівників організацій охорони здоров'я, а й усіх інших співробітників. Навчання повинно здійснюватися з урахуванням покладених функцій, виконання яких вимагає наявності у лікарів і керівників медичної організації спеціальних знань і навичок. Це і:

- засвоєння теоретичних знань про управління якістю медичної допомоги, методах статистичного управління якістю процесів, правила оформлення управлінських рішень;

- володіння методичними методами планування і прогнозування ефективності заходів, спрямованих на поліпшення управління якості медичної допомоги;

- володіння правилами підготовки та оформлення управлінських рішень. Визнання важливості методів управління якістю медичної допомоги на стадіях розробки медичних технологій і кінцевих результатів діяльності лікаря (медсестри). У промисловості близько 20% причин браку продукції припадає безпосередньо на виробництво, а близько 80% - це помилки, допущені в процесі розробки і проектування, а також пов'язані з політикою матеріально-технічного забезпечення, яка спрямована не на вдосконалення якості комплектуючих, а на низьку ціну .

В організаціях охорони здоров'я ситуація виглядає таким же чином: тільки близько 20% помилок медичного персоналу пов'язано з їх особистими якостями (непрофесіоналізм, байдужість, недбалість, та ін.), А близько 80% залежить від дефектів організаційних і медичних технологій, якості використовуваного обладнання, реактивів , витратних матеріалів та рівня підготовки адміністрації організацій охорони здоров'я. Модернізацією медичних і організаційних технологій в організаціях охорони здоров'я повинні займатися співробітники даних організацій, які досить точно уявляють собі всі «слабкі» місця організаційних і медичних технологій своєї лікарні, поліклініки, станції швидкої допомоги та ін.

Також велика увага повинна приділятися впровадженню і розробці нових інформаційних систем, які дозволили б аналізувати якість кінцевих результатів, технологічність впроваджуваних лікувальних і діагностичних процесів. Створення в організаціях охорони здоров'я автономних бригад якості. Відповідальність бригади за якість стимулює її до вдосконалення лікувального процесу, вивільненню часу, необхідного для більш ретельного дотримання технологічних вимог і стандартів. Дослідження соціальних психологів і практика роботи організацій охорони здоров'я неодноразово доводили, що лікарі, самостійно встановлюють для себе виробничі завдання,

набагато більш вимогливим відносяться до їх виконання, ніж якби вони виходили від іншої особи. Забезпечення високого рівня якості медичної допомоги повинно ставати найбільш пріоритетним завданням кожного управлінця. Для цього необхідно зламати усталені стереотипи управлінського мислення, орієнтують організаторів охорони здоров'я перш за все на впровадження ресурсозберігаючих технологій в охороні здоров'я [31, с.43]. Цю проблему необхідно вирішувати за допомогою організації масового економічного навчання організаторів охорони здоров'я. У великих організаціях охорони здоров'я програми навчання в галузі контролю та управління якістю слід строго диференціювати за різними категоріями працівників. Чим вище інтелектуальний рівень працівників, тим довший повинна бути програма навчання. Метою системи управління якістю медичної допомоги є забезпечення прав пацієнта на отримання медичної допомоги на основі оптимального використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів, сучасних технологій, своєчасного виявлення порушень в організації надання медичної допомоги та вжиття заходів щодо їх попередження [37, с.18]. Отже, якість управління медичної допомоги має бути орієнтоване на:

- управління персоналом з метою підвищення його якісного професійного складу і зростання професійної майстерності, а також уміння працювати єдиною командою, орієнтованою на кінцевий результат;

- управління формуванням міжособистісних партнерських відносин в колективі, надають безпосередній вплив на підвищення якості медичної допомоги та посилення колективної відповідальності за кінцевий результат;

- управління матеріально-технічними ресурсами для виробництва медичних послуг з урахуванням їх життєвого циклу;

- управління організаційно-економічними відносинами, що складаються між суб'єктами процесу надання послуг, суб'єктами управління і споживачами з приводу підвищення якості медичних послуг та скорочення витрат на їх виробництво в результаті зростання продуктивності праці.

Складовими моніторингу діяльності по контролю якості медичної допомоги (КМП) - аналітичною системою стеження за діяльністю по безперервному поліпшенню доступності і КМП, є перманентне спостереження, аналіз, оцінка і прогнозування результатів діяльності по контролю і нагляду за КМП. Моніторинг спрямований на отримання інформації про стан і динаміку КМП, діяльності по його постійного вдосконалення, вивчення рівня і тенденцій розвитку. В роботі проведено аналіз існуючих принципів управління процесом надання якісної медичної допомоги.

Принцип 1. Орієнтація на споживача В лікувально-діагностичному установі (ЛПУ), як і в іншій будь-якій організації, окрім кінцевого споживача медичних послуг є численні споживачі допоміжних і проміжних послуг. Наприклад, медичний працівник може бути споживачем інформації, послуг зв'язку та транспорту, витратних матеріалів до медичного обладнання та т. д. Успіх діяльності будь-якої організації залежить від споживачів - як зовнішніх, так і внутрішніх, тому необхідно розуміти їх поточні потреби і прогнозувати майбутні. Без обліку та задоволення запитів внутрішніх споживачів в закладах охорони здоров'я неминуче знижується якість лікувально-діагностичного процесу.

Без задоволення потреб споживача медичних послуг взагалі втрачається сенс функціонування системи охорони здоров'я як такої. Отже, нові стандарти системи управління якістю (СУЯ) спрямовані на задоволення не тільки кінцевого споживача медичних послуг, але і всіх зацікавлених сторін і суспільства в цілому.

Принцип 2. Лідерство Керівники охорони здоров'я повинні забезпечувати високу КМП. Для цього необхідно сформувати внутрішнє середовище організації, в якій працівники активно залучені до виконання зазначеного завдання. Слід розробити відповідну політику і план дій, визначити стратегію і тактику, основні цілі і завдання в області підвищення культури надання медичної допомоги і КМП, сформувати відповідні

ідеологію і соціально-психологічний мікроклімат у трудовому колективі, що має на увазі:

- популяризацію політики і цілей в області КМП у всій організації для підвищення усвідомлення, мотивації та залучення персоналу; • орієнтацію на споживачів у всій організації;

- впровадження процесів, що дозволяють виконувати вимоги споживачів та інших зацікавлених сторін і досягати цілей в області якості;

- розробку, впровадження та підтримання в робочому стані ефективної СМК для досягнення цілей в області якості.

Принцип 3. Залучення працівників до процесу підвищення КМП
Працівники охорони здоров'я на всіх рівнях становлять основу організації медичної допомоги, тому слід визначити їх потреби і очікування, задоволеність роботою, бажання професійного росту, що допоможе забезпечити найбільш повне залучення їх в виробничий процес і підвищення трудової мотивації. Підвищення КМП можливо тільки через активне залучення медичних працівників та їх підтримку політики якості. Для цього необхідно заохочувати ініціативне трудову поведінку і професійний розвиток працівників за допомогою розробки індивідуальних і групових цілей менеджменту процесу і оцінювання результатів; з'ясування причин приходу працівників в організацію і їхнього звільнення. Керівникам закладів охорони здоров'я необхідно створити культурне середовище, що сприяє залученню працівників в активний пошук можливостей поліпшення лікувально-профілактичного процесу, показників діяльності та характеристик медичних та інших послуг. Повноваження повинні делегуватися таким чином, щоб працівники взяли на себе відповідальність за їх виконання, включаючи підвищення якості трудових процесів і послуг.

Принцип 4. Процесний підхід
Цей підхід являє собою потужний методологічний інструмент вивчення і вдосконалення діяльності будь-якої організації. Однак на практиці його реалізація виявляється аж ніяк не простою справою. Необхідно розглядати процесний підхід як своєрідну

технологію моделювання. Бажаного результату досягають швидше і ефективніше, якщо діяльністю та пов'язаними з нею ресурсами управляють як процесом. Кращі системи управління завжди засновані на системному аналізі та оптимізації процесів. Їх природа універсальна, тому доцільно використовувати єдині термінологію, принципи і методи управління процесами, викладені в стандартах СМК. Всі вони можуть бути застосовані до лікувально-діагностичного процесу, включаючи його планування, організацію, контроль, підвищення трудової активності і мотивації медичних працівників, вдосконалення нормативно-правового та інформаційного забезпечення їх діяльності [37; 38].

За своєю природою всі явища являють собою динамічні процеси. Частина з них протікає довільно за своїми об'єктивними законами, частина піддається впливу з боку людини. Керовані процеси в охороні здоров'я поширені досить широко. Уже сама назва одного з них - "лікувально діагностичний процес" - має на увазі застосування процесорного підходу в практиці надання медичної допомоги. Ефективні керівники охорони здоров'я постійно прагнуть до удосконалювати всіх аспектів діяльності організації, не забуваючи концентрувати свою увагу, сили і ресурси на вирішенні перш за все пріоритетних завдань. Вони чітко уявляють собі роботу своїх установ як систему взаємопов'язаних і взаємодіючих динамічних процесів. Їх системний підхід до управління спрямований на координацію всіх аспектів діяльності організації.

Таким чином, будь-яка діяльність, в якій використовують ресурси для перетворення входів на виходи, можна вважати процесом. Для того щоб ефективно функціонувати, організації повинні численні взаємопов'язані та взаємодіючими процесами. Часто вихід одного процесу безпосередньо є входом наступного. Систематична ідентифікація і менеджмент процесів і перш за все забезпечення їх взаємодії можуть вважатися процесний підхід. Для результативного та ефективного функціонування організація повинна управляти численними взаємопов'язані види своєї діяльності. Перевагою

процесного підходу полягає в безперервності управління, яке він забезпечує на стику окремих процесів у межах системи, а також при їх комбінації і взаємодії. Стандарти СМК орієнтовані на застосування процесного підходу при розробці, впровадженні та вдосконаленні СМК з метою підвищення задоволеності зацікавлених сторін виконанням їхніх вимог.

Для більш ефективного управління процесами складають план, що включає наступні розділи:

- вимоги до входу і виходу; наприклад, вимоги до медичної допомоги можуть включати стандарти по її надання, клінічні протоколи та рекомендації, лікарські формуляри, перелік необхідних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів;

- види діяльності (підпроцеси) всередині процесів; наприклад, в лікувально-діагностичний процес можуть входити клінічне обстеження хворого в приймальному відділенні, організація консилиумів, інструментальна і лабораторна діагностика, організація лікувального харчування, фізіотерапія, лікувальна фізкультура і т. д.; взаємодія підпроцесів залежить від структури процесу і графічно нагадує мережевий графік; виходи одного або декількох процесів можуть бути входом одного або декількох наступних; іноді підпроцеси йдуть якийсь час паралельно, не впливаючи один на одного;

- верифікацію (верифікація - підтвердження на основі наданням об'єктивних доказів того, що встановлені вимоги були виконані) і валідацію (валідація - підтвердження на основі наданням об'єктивних доказів того, що вимоги, призначені для конкретного використання або застосування, виконані) процесів, продукції, послуг; стосовно медичної допомоги використовують комплексну систему її експертизи, що включає оцінку структури, процесів і результатів лікувально-діагностичного процесу, для чого застосовують статистичні методи контролю якості, одноосібні і групові експертні оцінки, соціологічні опитування, аналіз скарг і т. д. ;

- управління інформацією;

- управління персоналом, включаючи трудову мотивацію і професійну підготовку медичних працівників; При системному підході процес надання медичної допомоги розглядається як відкрита динамічна система, що складається з взаємозв'язаних частин (підсистем), що впливають на вищу систему, і вони ж самі схильні до її впливу.

Якщо частина системи функціонує неефективно, то це робить негативний вплив не тільки на діяльність системи в цілому, а й на складові (поділ систем на окремі складові частини носить багато в чому штучний характер; все-таки головне в теорії систем не поділ, а взаємозв'язок систем, підсистем та їх різних утворень) її частини, що може ще більше погіршити ситуацію. Значимість окремих частин системи різна. Поліпшення роботи її критичних складових (вузьких місць), часто не потребує значних ресурсів, може значно підвищити її ефективність в цілому [23; 27; 28]. Процес надання медичної допомоги складається з взаємодії зовнішніх систем і внутрішніх підсистем.

Отже, її результат визначається безліччю зовнішніх і внутрішніх взаємопов'язаних процесів. Саме тому ефективне управління КМП можливо тільки на основі системного підходу. Система не є простою сумою властивостей її складових, а володіє новими системними якостями. При системному підході спочатку визначають вищу систему, вивчають її властивості і закономірності розвитку і тільки потім переходять до аналізу нижчої системи (підсистеми) з урахуванням впливу вищестоящою.

Принцип 5. Постійне поліпшення Постійне поліпшення КМП слід розглядати як незмінну, але практично недосяжну мету (немає межі досконалості!). Підвищення КМП неможливо без постійної оптимізації процесу її надання у відповідь на зміни зовнішнього і внутрішнього середовища установи охорони здоров'я на основі системного аналізу даних, що надходять, розробки коригувальні та запобіжні дії, необхідних для вдосконалення управлінських та виробничих алгоритмів для повторюваних

процесів, усунення причин виникаючих проблем (невідповідності) та запобігання їхньому повторенню.

Для цього повинна бути розроблена формалізована і задокументована методика, що включає:

1) проекти прориву, що ведуть до перегляду та поліпшення існуючих процесів (перепроєктування існуючих процесів) або впровадження нових процесів;

2) визначення проблем і причин невідповідності;

3) оцінку результативності та ефективності існуючого процесу; збір та аналіз даних для виявлення основних проблем; вибір конкретної проблеми і постановку завдань щодо її вирішення;

4) аналіз альтернативних рішень проблеми, вибір і практичне використання кращого управлінського рішення, що усуває першопричини проблеми і запобігає її повторному виникненню;

5) оцінку наслідків практичної реалізації рішення: проблема та її першопричини повинні бути усунені або їх негативні впливи зменшені; впровадження та стандартизацію нового рішення; старий процес замінюється поліпшеним, що запобігає повторному виникненню проблеми і її першопричин;

б) після завершення дій щодо поліпшення.

Процес поліпшення повторюється стосовно до решти невирішених завдань, а також розробці цілей і прийняття рішень щодо подальшого поліпшення процесу.

Принцип 6. Прийняття рішень на підставі фактів. Ефективні рішення ґрунтуються на об'єктивному аналізі даних і правильної їх інтерпретації. Абстрагуючись від психологічних особливостей сприйняття і обробки інформації, можна стверджувати, що формалізація багатьох управлінських процесів в охороні здоров'я все-таки можлива. Особливо це стосується управління технологічними процесами надання медичної допомоги. Для цього потрібні системний аналіз і вимір кількісних даних для прийняття

рішень, заснованих на фактах. Керівникам ЛПУ слід забезпечувати ефективно вимір, збір і затвердження даних, з тим щоб переконатися в результативній роботі організації і задоволеності споживачів медичних послуг та інших зацікавлених сторін. Ця процедура включає аналіз цілей та адекватності їх кількісного і якісного виміру, а також використання цих даних для підвищення ефективності надання медичної допомоги. Організаційно-методичною основою збору, обробки та аналізу об'єктивної інформації про стан КМП є методи статистичного контролю.

Принцип 7. Взаємовигідні відносини з постачальниками Постачальник може бути внутрішнім або зовнішнім по відношенню до закладу охорони здоров'я. Організація повинна забезпечувати відповідність закупленої продукції (послуг) задовольняє установлені закупівельні. Вона повинна оцінювати та вибирати постачальників, беручи до уваги їх здатність постачати продукцію (надавати послуги) відповідно до своїх вимог. Повинні бути розроблені критерії відбору, оцінювання та повторного оцінювання. Документування результатів оцінювання та будь-яких необхідних дій, передбачені за цими результатами, повинно здійснюватися у відповідності до затверджених правил. Оцінка зовнішніх постачальників для закладів охорони здоров'я включає аналіз і постійний контроль якості і асортименту придбаних товарів (послуг), зручності і дотримання термінів доставок, надійності постачальника, дотримання фінансової дисципліни і т. д.

Результати проведеного аналізу функціонування існуючих систем контролю за КМП показали, що в переважній більшості суб'єктів РФ результати контролю залишаються незатребуваними, не використовуються для прийняття управлінських рішень і оцінки повноти та ефективності їх реалізації. Незважаючи на те що кожним з учасників діючої в даний час в Росії системи контролю КМП щорічно проводиться значний обсяг роботи, до теперішнього часу не вдається забезпечити деклароване належну якість наданої громадянам безкоштовної медичної допомоги. Справжня концепція розроблена для визначення методичних і методологічних основ формування і

функціонування системи державного контролю та нагляду за якістю медичної допомоги населенню [41, с.33].

Підводячи підсумки, слід зазначити, що проблема КМП і ефективності медичної допомоги сьогодні займає пріоритетне місце у великій кількості проблем вітчизняної охорони здоров'я. Реформа системи охорони здоров'я, і в першу чергу подолання гострих структурних диспропорцій в поєднанні з пошуком внутрішньосистемних джерел економії коштів і ресурсів, ні в якому разі не повинна торкнутися КМП і доступність медичної допомоги для широких верств населення. Слід вказати на те, що завдання якості і ефективності медичної допомоги не може бути дозволена без вирішення проблеми оптимізації структури надання медичної допомоги, без введення принципу подушного фінансування комплексу взаємопов'язаних ЛПУ. Роздільна оплата кожного виду допомоги (стаціонар, поліклініка, швидка допомога, аптека і т. Д.) Руйнує сформовану систему надання медичної допомоги, коли кожне ЛПУ переслідує лише свій, парафіяльний економічний інтерес, який не завжди відповідає цілям охорони здоров'я населення на території, конкретним завданням раціонального використання мізерних фінансових і матеріальних ресурсів.

3.2. Інструменти організації підвищення якості невідкладної допомоги дітям

В Україні показник дитячої смертності (смертність дітей у перші 5 років життя; *under-five mortality rates*), що інтегрально відображає якість життя і благополуччя населення, стан медико-соціальної допомоги, рівень освіти і культури, знизився з 14 ‰ в 2006 році до 9 ‰ в 2015 р [1]. Однак, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), дитяча смертність в Україні, як і в ряді інших країн Східної Європи і Центральної Азії, в 2-3 рази вище, ніж в країнах Європейського співтовариства (2-4 ‰). За даними ряду досліджень, причини такого відставання багатофакторні. Вони частково пояснюються недостатньою

якістю послуг, що надаються з охорони репродуктивного, материнського, неонатального, дитячого та підліткового здоров'я не тільки при наданні планової допомоги, а й особливо при наданні екстреної та невідкладної стаціонарної медичної допомоги.

Неналежна якість послуг, що надаються, включає відсутність системи сортування пацієнтів по тяжкості стану, неналежні процедури оцінки стану, пізній початок лікування, відсутність потрібних медикаментів, надмірне застосування непотрібних лікарських засобів, погане знання і виконання протоколів лікування, недостатній контроль дотримання протоколів. Крім того, причинами більш високого рівня дитячої смертності є передбачуваність помилки або небажані явища, які при наданні стаціонарної допомоги спостерігаються в 10% випадків; збільшується фінансовий тягар медичної допомоги, скорочення можливостей державного фінансування і невдачі в реформуванні системи охорони здоров'я [44, с.37]. П'ятдесят три країни Європейського регіону ВООЗ взяли Регіональну програму підтримки впровадження політики «Здоров'я-2020», метою якої є поліпшення здоров'я і благополуччя населення шляхом зміцнення і підвищення якості системи охорони здоров'я, а здоров'я дітей - пріоритетний напрямок цієї програми. Для підвищення здоров'я і благополуччя дітей необхідно систематично проводити оцінку якості медичної допомоги на всіх її рівнях і реформи, спрямовані на її підвищення.

На думку Європейського бюро ВООЗ, організація медичної допомоги та впровадження сучасних методів управління в системі охорони здоров'я підвищує якість медичної допомоги в більшому ступені, ніж будь-які клінічні інновації [3]. З січня 2017 року в Україні стартував перший етап медичної реформи, який полягає в зміні фінансування первинної ланки медичної допомоги, адаптації міжнародних протоколів лікування для первинної ланки, формуванні гарантованого переліку послуг, впровадження реімбурсації ліків. Розпочавшись з первинної допомоги, вона продовжиться і на рівні вторинної спеціалізованої допомоги.

Однією з важливих заходів підвищення якості невідкладної допомоги дітям є сортування пацієнтів за ступенем тяжкості стану. У приймальному відділенні педіатричної клініки проводиться сортування пацієнтів шляхом оцінки стану і виявлення невідкладних і пріоритетних ознак. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, до нагальних ознак належать обструктивне порушення дихання, центральний ціаноз, насичення гемоглобіну киснем (SpO₂) 95%, час капілярного наповнення більше 3 с, слабкий частий пульс, важке зневоднення, а до пріоритетних ознаками - висока лихоманка, ознаки важкого виснаження, виражена блідість шкіри. Пацієнти, у яких виявлені невідкладні і пріоритетні признаки, госпіталізуються в блок інтенсивного спостереження, де триває сортування пацієнтів по тяжкості дихальної недостатності.

При наявності дихальної недостатності і гіпоксемії, підтвердженої пульсоксиметром, мати і дитина, що вимагає кислородотерапії, госпіталізуються в тримісну палату, де знаходиться цілодобовий пост медичної сестри і створені умови для цілодобової кислородотерапії і інфузійної терапії. Важкість стану пацієнтів визначається не тільки за клінічними показниками, а й за об'єктивними критеріями, таким як показники пульсоксиметрії/ кардіореспіраторного монітора. При стабілізації стану дитина з матір'ю переводиться в одномісну палату блоку інтенсивного спостереження, а потім в соматичне відділення для завершення курсу лікування. Ефективна медична допомога ґрунтується на протоколах та посібниках, що спираються на міжнародно визнані наукові дані. З 2012 р в Україні діє система створення та впровадження медико-технологічної документації по стандартизації медичної допомоги [7]. За багатьма синдромами і нозологічними формами розроблені стандарти - уніфіковані клінічні протоколи (УКП), засновані на принципах доказової медицини, написання яких передують адаптація сучасних клінічних настанов провідних країн світу, де вказані рівні доказовості і настійно всіх рекомендацій. На

підставі УКП з урахуванням доступності методів діагностики і лікування створюються локальні клінічні протоколи медичної допомоги (ЛПМП).

Однак з цілої низки захворювань у дітей не існує затверджених сучасних УКП, що ускладнює створення ЛПМП. Проте без ЛПМП якісне надання медичної допомоги неможливо, тому необхідно розробити ЛПМП дітям по захворюванням, які найчастіше зустрічаються.

Наявність в педіатричній клініці ЛПМП по найбільш частим нозологічними формами, що виявляються у госпіталізованих дітей, дозволило стандартизувати процес діагностики і лікування. Завдяки впровадженню протоколів терапія стала більш ефективною і обґрунтованою. У протоколи включені тільки препарати з доведеною ефективністю, що дало можливість обґрунтувати тільки потрібні витрати на лікування, зробило лікування економічно більш доступним і безпечним за рахунок виключення поліпрагмазії. Впровадження ЛПМП значно полегшило процес контролю і управління лікувальним процесом. Ці протоколи дозволили економічно обґрунтувати необхідність закупівлі певного діагностичного та лікувального обладнання та створити перелік необхідних лікарських засобів, всі препарати якого включені в WHO ModelListofEssentialMedicines (April 2015) [4]. Створення переліку необхідних препаратів для лікування найбільш поширених захворювань у дітей підвищує готовність клініки до подальшого реформування медичної допомоги, впровадження страхової медицини, фінансування медичної допомоги на конкретного пацієнта, а не на ліжко, реімбурсації (компенсації вартості) ліків.

Важливою умовою підвищення якості медичної допомоги є її прийнятність для пацієнтів. У педіатричній клініці впроваджуються сучасні технології, орієнтовані на пацієнта. У блоці інтенсивного спостереження організовано комфортне спільне перебування матері і дитини. Оптимізовано підходи до регідратаційної терапії: якщо дозволяє стан дитини, перевага віддається оральної регідратації, а не внутрішньовенного введення рідини. Пацієнти забезпечені індивідуальними спейсерами / небулайзерами. Середня

тривалість перебування в блоці інтенсивного спостереження - 2 доби, потім дитина продовжує лікування в соматичному відділенні. Скорочення термінів госпіталізації також сприяють ступінчаста антибактеріальна терапія при пневмонії та інфекції сечової системи, яка дозволяє при переході на оральні форми препаратів завершити лікування вдома.

Використання скринінгових тест-систем для попередньої діагностики стрептококової інфекції, ротавірусної інфекції, грипу (сезонно), бактерій прискорює процес діагностики і лікування. Мінімізації болю при проведенні всіх лікувально-діагностичних маніпуляцій сприяють відмова від внутрішньом'язових ін'єкцій дітям, використання знеболювального крему перед постановкою венного катетера або пункцією судини.

З огляду на, що створення оптимального мікроклімату - важлива складова ефективного лікування респіраторної патології, біля кожного пацієнта є зволожувачі повітря. Успішності лікування також сприяє робота з матерями по правилам догляду за хворою дитиною («кашльового етикету», достатність пиття, харчування під час хвороби та ін.). Безпека пацієнтів - запобігання несприятливих результатів або пошкоджень під час процесу лікування або зменшення шкоди в разі їх настання. З 2016 року опубліковані результати дослідження, згідно з яким медичні помилки - третя за значимістю причина смертності в США [5].

При наданні медичної допомоги дітям ризику значно вище, ніж для дорослих, 10-13% призначень дітям у відділеннях екстренної допомоги помилкові. Медичні помилки / несприятливі події у госпіталізованих дітей асоціюються з в 2-6 разів більше тривалим перебуванням в стаціонарі, в 2-18 разів вищою госпітальною летальністю і в 2-20 разів більший вартістю лікування. Відомо, що на кожен нещасний випадок зі збитком для здоров'я і життя в клініках доводиться 30 випадків несприятливих подій без істотного збитку для здоров'я і життя та 600 випадків запобігли подій [10; 14]. На думку AgencyforHealthcareResearch&Quality при Департаменті охорони здоров'я США, для зменшення кількості нещасних випадків при наданні

медичної допомоги дітям необхідно зменшити число предотвратімих госпіталізацій педіатричних пацієнтів; скоротити час перебування дитини в стаціонарі; виявляти ризики потенційно предотвратімих несприятливих подій; реєструвати і аналізувати запобігли події і події без шкоди [10]. У педіатричній клініці ОНМедУ впроваджується культура безпеки, яка складається в зраді нии ставлення співробітників до безпеки медичної допомоги, виявленні ризиків медичної діяльності (в тому числі за допомогою тригерів), виявленні вже зроблених помилок / несприятливих подій (в тому числі без шкоди і запобігли) , впровадженні безпечних технологій. Запобігання помилок сприяють простота інструкцій, наявність алгоритмів проведення маніпуляцій, навчання персоналу. У світі розроблена Глобальна триггерная методологія ідентифікації та оцінки несприятливих подій при наданні медичної допомоги, в тому числі дітям (ThePaediatricTriggerTool), проте вона більшою мірою орієнтована на відділення інтенсивної терапії, родопомічних та хірургічну допомогу. У клініці ведеться робота зі створення триггерного інструменту оцінки безпеки невідкладний медичної допомоги в соматичному педіатричному стаціонарі.

Обрані і моніторіуються наступні тригери: N3 - скарги з боку батьків; PG4 - незапланована госпіталізація (після виписки); PG7 - діагностика тромбозу / тромбоемболії; PG8 - ускладнення процедури або лікування; PG9 - переклад на більш високий рівень медичної допомоги; PG10 - гіпоксемія $SpO_2 < 85\%$; IP1 - повторний переклад в блок інтенсивного спостереження.

Механізмом підвищення всіх складових якості медичної допомоги дітям (ефективність, обґрунтованість, доступність, прийнятність, рівність і безпеку) було навчання медичного персоналу педіатричної клініки ОНМедУ. Протягом року проведено понад 40 занять (80 навчальних годин лекцій, семінарів і практичних занять) для всіх лікарів і медичних сестер, присвячених обговоренню і впровадженню ЛПМП, навчання алгоритмам дій при термінових і невідкладних станах у дітей, інфекційного контролю, роботі з нової апаратурою, комунікативним навичкам роботи з пацієнтами, в тому

числі цикл тематичного удосконалення «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку».

Для вдосконалення навичок надання екстреної допомоги при життєзагрожуючих ситуаціях, таких як зупинка серцевої діяльності або дихання, анафілактичний шок та ін., Для співробітників клініки проведені тренінги CodeBlue з використанням манекенів. Завдяки створенню на базі клініки класу симуляційні навчання, оснащеного шістьма високореалістичним манекенами-симуляторами (виробництво фірми Gaumard), процес навчання навичкам екстреної та невідкладної допомоги буде продовжений.

Таким чином, важливо запровадити заходи підвищення якості надання невідкладної медичної допомоги дітям:

1) організація та оснащення сучасним лікувально-діагностичним обладнанням блоку інтенсивного спостереження - нового підрозділу в складі соматичного педіатричного відділення стаціонару;

2) сортування хворих за тяжкістю стану на підставі об'єктивних критеріїв в приймальному відділенні і під час надання медичної допомоги;

3) скорочення термінів госпіталізації за рахунок інтенсивного спостереження і використання ступінчастою лікарської терапії;

4) стандартизація медичної допомоги за рахунок розробки локальних протоколів медичної допомоги дітям на принципах доказової медицини з використанням технологій діагностики та лікування з доведеною ефективністю;

5) підвищення прийнятності медичної допомоги за рахунок впровадження технологій, орієнтованих на пацієнта;

6) розвиток культури безпеки надання медичної допомоги дітям;

7) безперервне навчання медичного персоналу клініки стандартам і безпеки медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі увага присвячена важливій науковій проблемі, пов'язаній з теоретичними та практичними аспектами забезпечення управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я. До поносних висновків та результатів магістерського дослідження відносимо таке.

1. Визначено, що сучасна система охорони здоров'я є складною системою, що складається з низки елементів, кожен з яких займає певне місце в системі, має свої функції і завдання, а також свої методи впливу на інші суб'єкти системи. Усі ці елементи впливають на параметри якості медичної допомоги. Тому забезпечення якісної медичної допомоги є насамперед практичним завданням, вирішення якого вимагає певних зусиль із боку всіх суб'єктів системи охорони здоров'я і створення механізму забезпечення якості медичної допомоги, основними елементами якого є: збирання інформації про якість медичної допомоги на даному ієрархічному рівні (робочому місці, підрозділі, лікарні, регіоні та у цілому в країні); ухвалення на підставі аналізу одержаної інформації рішень, спрямованих на створення сприятливих умов для надання якісної медичної допомоги; контроль за реалізацією ухвалених рішень і проведення в разі необхідності коригувальних заходів.

Організаційно-управлінські чинники займають провідне місце серед інших факторів, що визначають рівень якості надання медичної допомоги. Досвід розвинених країн свідчить про те, що впровадження нових технологій забезпечує істотний прогрес в якості медичної допомоги в тих випадках, коли вирішені проблеми управлінського характеру і насамперед які спрямовані на вирішення проблем якості медичної допомоги. Забезпечення високої якості медичної допомоги необхідне для вирішення найбільш актуальних проблем управління: досягнення високих фінансових показників, зниження витрат, зменшення кількості виробничих конфліктів, вирішення проблем задоволеності пацієнтів

2. Визнано необхідність формування та побудови уніфікованого методичного інструментарію, що дозволить сформувати конкурентоспроможне середовище на ринку медичних послуг. Розглянуті нами методологічні інструментарії не лише застосовуються в світовій практиці, але і отримали визнання. Вважаємо за доречне індивідуальний підхід до вибору методів дослідження в залежності від галузі. Тобто саме від правильного його вибору або ж запровадження уніфікованого методичного інструментарію залежить успіх лікувального закладу та можливість забезпечення якості медичних послуг протягом її життєвого циклу. Також зроблено висновок про те, що здійснення управління лікувальними закладами повинно відбуватися, поряд з іншим, із застосуванням відповідних аналітичних досліджень, що ґрунтуються на визначених методологічних принципах: 1) кожне аналітичне дослідження має відштовхуватися від наявної політики держави в економічній та соціальній сферах; врахування передового досвіду в медичній сфері; об'єктивність аналізу залежить від його обсягу та комплексності; варто врахувати той факт, що лікувальні заклади повинні вивчатися як складна динамічна система із врахуванням усіх її зв'язків; аналіз повинен концентруватися на ефективності; оперативність; плановий та системний аналіз є запорукою успішного управління якістю медичними закладами; залучення всіх працівників лікувальних закладів.

3. Узагальнено основні показники та визначено тенденції розвитку КП «Хмельницька міська дитяча лікарня». Хмельницька міська дитяча лікарня надає допомогу дітям не лише міста, але й всієї Хмельницької області. 8 відділень лікарні із 10 працюють як відділення обласного значення. Заклад надає допомогу хворим новонародженим дітям всього регіону. За останні роки у ХМДЛ значно збільшилась кількість пролікованих дітей, які народилися з малою та екстремально малою масою при народженні. Успішно проводяться оперативні втручання у новонароджених дітей з приводу атрезії стравохода, діафрагмальної киля, вроджених вад розвитку.

В лікарні відпрацьовуються актуальні питання практики інтенсивної неонатології: парентеральне живлення новонароджених в т.ч. передчасно народжених з низькою та наднизькою масою, також новонароджених, оперованих з приводу вроджених вад розвитку, проблеми респіраторної підтримки. Заклад удостоєний звання "Флагман вітчизняної медицини" за вагомий внесок у розвиток іміджу охорони здоров'я України. Лікарнею підтверджена вища акредитаційна категорія.

4. Визначено, що основною метою діяльності медичної установи є надання якісної і безпечної медичної допомоги населенню, тобто медичної допомоги належної якості, яка визначається як відповідність наданих медичних послуг сучасними уявленнями про її необхідний рівень і обсяг за даного виду патології з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і рівня конкретного медичного закладу. Якість у системі медичної допомоги доцільно розглядати за такими характеристиками: професійною компетентністю, доступністю, економічною ефективністю, особистими взаєминами, результативністю, безперервністю і послідовністю, безпечністю, комфортністю.

5. Обґрунтовано, що управління процесом надання якісної медичної допомоги повинно базуватися на таких принципах, а саме: орієнтація на споживача; лідерство; залучення працівників до процесу підвищення організації медичної допомоги та якості медичних послуг; запровадження процесного підходу; постійне поліпшення; прийняття рішень на підставі фактів; формування взаємовигідних відносин з постачальниками.

6. Зроблено висновок про те, що для підвищення якості надання невідкладної медичної допомоги дітям необхідно забезпечити: оснащення сучасним лікувально-діагностичним обладнанням блоку інтенсивного спостереження - нового підрозділу в складі соматичного педіатричного відділення стаціонару; сортування хворих за тяжкістю стану на підставі об'єктивних критеріїв в приймальному відділенні і під час надання медичної допомоги; скорочення термінів госпіталізації за рахунок інтенсивного

спостереження і використання ступінчастою лікарської терапії; стандартизацію медичної допомоги за рахунок розробки локальних протоколів медичної допомоги дітям на принципах доказової медицини з використанням технологій діагностики та лікування з доведеною ефективністю; підвищення прийнятності медичної допомоги за рахунок впровадження технологій, орієнтованих на пацієнта; розвиток культури безпеки надання медичної допомоги дітям; безперервне навчання медичного персоналу клініки стандартам і безпеки медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Amstrong M. "A Handbook of management Techniques", Kogan Page Ltd, London, 1993, p. 192.
2. Crosby P. Quality is Free: the art of Making Quality Creating, McGraw-Hil, New York 1979.
3. Deming W. Edwards. Out of the Crisis // MIT Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, MA: MIT, 1982.
4. Donabedian A. ModelsofQualityAssurance: SeinfeldMemorialLecture, SchoolofPublicHealthUniversityofNorthCarolinainChapelHill. Washington, 1993.
5. Draham N., Plsek P. QualityinHealthcare: theory, applicationandevolution. Gaithersburg, 1995.
6. Erstad M., Mystery Shopping Programmes and Human Resource Management, „International Journal of Contemporary Hospitality Management” 1998, nr 1.
7. Feigenbaum A. V. Total Quality Control. New York: McGraw-Hill, 1983.
8. Hamrol A., Mantura W. Zarządzaniejakością. Teoria i praktyka, Warszawa, 2002.
9. Holliday K., Mystery Shopping can Illuminate Problems, Opportunities in Investment Sales, „Community Banker” 2003, nr 1.
10. InternationalStandard ISO 9000:2005. Qualitymanagementsystems – FundamentalsandvocabularyThirdedition. Referencenumber ISO 9000:2005 (E). Geneva, 2005. 38 p.
11. Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations. "Quality Assurance in Managed Health Care Organizations", Chicago, 1989.
12. Juran J.M. „Upper Management and Quality”, Juran Institute, NowyJork, 1982.
13. KlasycznemetodyzarządzaniajakościąURL:
<http://www.zarz.agh.edu.pl/bsolinsk/knzj.html>. – Заголовокзекрану.

14. Read P. Quality assurance in the Australian Health Care system // The Quality of Health Services in a United Europe: Lessons for Others. Proceedings of Tenth International Conference on Quality Assurance in Health Care. Maastricht, June 20–23, 1993.
15. Skrzypek E. Rola wiedzy i kapitału intelektualnego w zarządzaniu jakością w uczelni [w:] J. Dietel, Z. Sapijaszka (red.), Zarządzanie jakością w szkolnictwie wyższym, Fundacja Edukacyjna Przedsiębiorczości, Łódź 2002, s. 201
16. Van Ettinger I., Sittig I. Lepsza jakość – większe efekty. Wydawnictwo Techniczne, Warszawa, 1970.
17. Wawak T. Makroekonomiczne problemy jakości produktów przemysłowych w Polsce. UJ, Kraków, 1989.
18. WHO Working group. Quality Assurance in Health Care, 1989, s. 79-95.
19. Аристотель. Сочинения: В 4-х т. / Пер. с древнегреч.; общ. ред. А.И. Доватура. М.: Мысль, 1983. Т. 4. 1983. 830 с.
20. Білінська М. М. Державне управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: автореф. дис... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2004. 36 с.
21. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник / В. В. Касянчук, О. М. Бергілевич, О. І. Сміянова ; за ред. проф. В. А. Сміянова. Суми : Сумський державний університет, 2019. 246 с.
22. Гегель Г. Энциклопедия философских наук. Ч. 90. М.: Мысль, 1974. 471 с.
23. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л., Федонюк Л.С., Семенов В.Ю. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. М.; 2005. С.34-37.

24. ДСТУ ISO 9001:2009. Системи управління якістю. Вимоги: (ISO 9001:2008, IDT). На заміну ДСТУ ISO 9001:2001; надано чинності 2009-09-01. К.: Держспоживстандарт України, 2009. VII, 26 с.
25. ДСТУ IWA 1:2007. Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я: (IWA 1:2005, IDT); надано чинності 2008-01-01. К.: Держспоживстандарт України, 2008. 83 с.
26. Дуб Л. Р. Перспективи застосування стандартів ISO для поліпшення якості діяльності медичних та фармацевтичних закладів різного спрямування. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. 2009. № 1-2. С. 28-33.
27. Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А., Пудовкина Н.А., Потылицына Л.К. Система контроля качества медицинской помощи. Медицинское страхование. 2006; 13-14(1-2): 47-51.
28. Заков О. Л. Обґрунтування структурно-процесного підходу до управління якістю стаціонарної медичної допомоги онкологічним хворим в Україні: автореф. дис... д-ра мед. Наук: 14.02.03 / Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця МОЗ України. К., 2009. 36 с.
29. Исикава К. Японские методы управления качеством / К. Исикава; сокр. пер. с англ.; под ред. А. В. Гличева. М.: Экономика, 1988. 214 с.
30. Касянчук В. В. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015: навчальний посібник; за ред. проф. В. А. Сміянова. Суми: Сумський державний університет, 2019. 246 с.
31. Лебедев, А.А. Инновации в управлении медицинскими организациями. Москва: «Литтера», 2010. 172 с.
32. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні [Монографія]. Тернопіль, Тайп, 2012. 199 с.

33. Мачуга Н.З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я. *Актуальні проблеми економіки*. 2011. № 8. С. 202.
34. Международная организация по стандартизации : официальный сайт URL : <https://www.iso.org>.
35. Надюк З. О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2006. 20 с.
36. Платон. Филеб. Тимей. Государство: Соч. В 3 т. М.: Мысль, 1971. Т. 3. Ч. 1. С. 11-87.
37. Полубенцева, Е.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи. Москва: ГЭОТАР–Медиа, 2006. 60 с.
38. Трифонова Н.Ю. Принципы управления качеством медицинской помощи URL: <http://www.burdenko.ru/images/docs.pdf>
39. Уваренко А.Р. Сучасні погляди на систему інформаційного забезпечення медичної науки. *Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія*. 2010. № 4. С. 87-89.
40. Хімічева Г. І. Контроль і оцінка якості медичних послуг за вимогами ДСТУ ISO 9001:2009. *Восточноевропейский журнал передовых технологий*. 2010. № 3/4 (45). С. 33-36.
41. Лапасов С. Х. Современные подходы к оценке качества лечения больных сердечной недостаточностью в условиях первичного звена медицинской помощи. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2017. № 2. С. 60-63.
42. Куприна А. Н. Культура медицинского обслуживания как фактор повышения качества медицинских услуг в регионе. *Міжнародний науковий журнал*. 2016. № 5(1). С. 43-45.

43. Погребняк Т. П. Оценка качества интерфейсов медицинских систем: модель и элементы методики. *Радіоелектронні і комп'ютерні системи*. 2009. № 7. С. 250–254.
44. Зозуля Ю. А. Качество жизни пациента как показатель эффективности оказания медицинской помощи. *Український нейрохірургічний журнал*. 2007. № 4. С. 37-39.
45. Горачук В. В. Анализ результатов удовлетворенности качеством медицинской помощи представителей пациентов областной детской больницы. *Сучасні медичні технології*. 2013. № 2. С. 33-36.
46. Федотова К. А. Качество медицинских услуг и его измерение. *Збірник наукових праць [Буковинського університету]. Економічні науки*. 2014. Вип. 10. С. 353-358.

Виконала:

студентка магістратури за
спеціальністю 073 Менеджмент
заочної форми навчання

« ____ » _____ 2020 р.

Підпис

Наглій Н.В.

Ініціали, прізвище

Науковий керівник:

доцент кафедри менеджменту,
фінансів, банківської справи та
страхування, кандидат економічних
наук, доцент

« ____ » _____ 2020 р.

Підпис

Корюгін А.В.

Ініціали, прізвище

Робота допущена до захисту:

завідувач кафедри менеджменту,
фінансів, банківської справи та
страхування, доктор економічних
наук. професор

« ____ » _____ 2020 р.

Підпис

Синчак В.П.

Ініціали, прізвище